Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

34 104 Langdurige zorg

Nr. 83 BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 november 2015

Hierbij bied ik u de derde rapportage over de voortgang van de hervorming van de langdurige zorg (HLZ) aan. In deze rapportage ga ik in op de stand van zaken in de uitvoering, op beleidsmatige maatregelen en op de uitwerking van diverse, door uw Kamer aanvaarde, moties en door mij gedane toezeggingen.

In de eerste en tweede voortgangsrapportage HLZ (Kamerstuk 34 104, nrs. 1 en 63) (en de debatten die we daarover hebben gevoerd) heb ik u uitgebreid geïnformeerd over het verloop van de transitie. Ik heb daarbij geconstateerd dat de continuïteit van (passende) zorg en ondersteuning voor de cliënten is gewaarborgd. Dit dankzij de grote inzet en het verantwoordelijkheidsbesef bij alle betrokkenen. In de afgelopen periode die in het teken heeft gestaan van het voorbereiden op en het inregelen van de nieuwe uitvoering, is een solide basis gelegd voor de ingezette, omvangrijke hervorming. Daarbij heeft – zoals beoogd – de continuïteit van zorg en ondersteuning steeds voorop gestaan. In deze eerste tien maanden is er hard gewerkt, door alle betrokkenen, om de doelen van de hervorming in de uitvoering te realiseren. Ook is uiteraard veel aandacht besteed aan de uitvoering: veel gaat goed, er zijn ook thema's die in meer of mindere mate vragen om een snelle en gerichte verbetering. Door vertegenwoordigers van cliënten en andere betrokken partijen, alsmede door uw Kamer, aangedragen signalen en casuïstiek, hebben hierbij hun waarde bewezen. Zij hebben geleid tot aanvullende afspraken met en ondersteuning van de uitvoering, soms tot nader onderzoek teneinde een beter beeld te vormen van mogelijke problematiek, of ze hebben geleid of gaan leiden tot het bijstellen van de wettelijke, beleidsmatige of financiële kaders.

Dat de uitvoering zich op onderdelen de komende periode nog verder zal moeten inregelen, is verklaarbaar. We bevinden ons tien maanden na een majeure hervorming waarin grote groepen cliënten via andere wettelijke systemen zorg en ondersteuning ontvangen. Dit inregelen van de nieuwe

kst-34104-83
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

taken, de samenwerking tussen partijen en de ondersteuning van processen dienen nu samen te gaan met een doorontwikkeling van de uitvoering gericht op een vernieuwde praktijk waarin de cliënt en zijn specifieke zorg en ondersteuningsbehoefte daadwerkelijk centraal staat. De essentie is dat mensen met een langdurige en levensbrede zorg- en ondersteuningsvraag kunnen (blijven) meedoen in onze samenleving. Bij deze doorontwikkeling – maar ook bij het verder inregelen van de uitvoering – zullen de bedoelingen van de vernieuwing van de zorg en ondersteuning centraal moeten staan bij het antwoord op de vraag welke verbeteringen nodig zijn en welke acties dat vraagt. Dit vraagt om een constructieve, op innovatie gerichte samenwerking van betrokken partijen op lokaal en regionaal, maar ook op landelijk niveau.

In deze derde voortgangsrapportage ga ik in op de lopende verkenning met organisaties van cliënten en gemeenten om tot een landelijke gemeenschappelijke verbeteragenda te komen en daar bestuurlijke regie aan te verbinden. De doorontwikkeling en vernieuwing van zorg en ondersteuning dient vooral lokaal en regionaal, van onderop, hun beslag te krijgen, maar gezamenlijke landelijke reflectie en analyse, regie en ondersteuning daar waar relevant en mogelijk, kunnen dit proces op lokaal en regionaal niveau naar mijn mening zeer bevorderen.

In de voortgangsrapportage die u bij deze brief aantreft wordt ingegaan op een aantal thema's die om aandacht vragen. Op enkele vraagstukken zijn onderzoeken uitgevoerd, teneinde de noodzaak of mogelijkheid van (aanvullende) maatregelen beter te kunnen beoordelen. Dit betreffen onderzoeken met betrekking tot de eigen bijdragen, de afbakening en prikkels tussen de Wmo, Wlz en Zvw, de meerzorgregeling in de Wlz, de omvang en bijbehorende middelen voor de groep meerderjarigen met behoefte aan beschermde woonvormen. Deze rapportage brengt ook in kaart op welke thema's het veld ondersteund wordt, zoals een handreiking Right to Challenge, een informatiebulletin pgb, diverse bijeenkomsten, symposia en een handreiking met vernieuwende vormen van dagbesteding.
De rapportage beschrijft ook maatregelen die als doel hebben de uitvoering te vereenvoudigen, zoals de aanpassing van de tariefstructuur 1e lijns verblijf of een impuls tot innovatie te geven, zoals het experiment integraal pgb.

Het volgen van de uitvoering, een scherpe analyse van (rode draden in) signalen en casuïstiek, ten behoeve een landelijk oordeel over de stand van zaken en de noodzaak van maatregelen, zal ook de komende periode centraal staan.

Daarnaast vraagt het vernieuwen van zorg en ondersteuning dat we de komende maanden oog hebben en houden voor de, met de vernieuwing, beoogde doelen. Het is van belang om vanuit dat perspectief naar de uitvoering te kijken en vast te stellen of deze zich in de goede richting ontwikkelt. Hierbij dienen we ons te beseffen dat vernieuwing veel van alle betrokkenen vraagt, in termen van denken en handelen van betrokken uitvoerders en hun medewerker, in termen van ontwikkeling van samenwerking tussen partijen en zeker ook daar waar het innovatie van zorg en ondersteuning betreft. De tevredenheid van de cliënt vormt daarbij een zeer belangrijke graadmeter en geeft richting aan de ontwikkeling en de daarvoor op enig moment noodzakelijke acties.

In de loop van 2016 komen gegevens uit langer lopende monitors beschikbaar die in de beoordeling van de stand van zaken in de uitvoering van belangrijke waarde kunnen zijn. Dit betreffen de Monitor Langdurige Zorg en de overall rapportage sociaal domein die u door de Minister van

BZK zal worden aangeboden. Ook zullen in het kader van de evaluatie van de HLZ van de hand van het SCP diverse deelrapporten op thema's gaan verschijnen. Deze zullen een breder en beter inzicht geven in de meer concrete uitwerking van de hervormingen in de praktijk en de daarmee geboekte resultaten.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

Derde voortgangsrapportage HLZ, 3e kwartaal 2015

Leeswijzer

Deze voortgangsrapportage is als volgt opgebouwd. Allereerst ga ik in op een aantal hervormingsbrede thema's. Vervolgens sta achtereenvolgens stil bij thema's die de Wmo, de Wlz en de Zvw betreffen. Daar waar relevant, ga ik daarbij in op de uitwerking van de eerder door uw Kamer aanvaarde moties en door mij gedane toezeggingen.

1. HLZ-brede thema's

Professionalisering bejegening cliënt, beperken onzekerheid

De veranderingen per 2015 in de wettelijke en financiële kaders en verantwoordelijkheidsverdeling zijn omvangrijk. Weliswaar zijn deze in brede afstemming met het veld tot stand gekomen, het komt nu neer op de professional, de uitvoerder die in contact met de cliënt er ook daadwerkelijk handen en voeten aan moet geven. Veel daar in gaat goed en gaandeweg steeds beter. Het meldpunt «het juiste loket» geeft aan een daling van het aantal meldingen te zien. Sinds 1 juli zijn er 1.400 meldingen geweest (aangaande Jeugd, Wmo, Zvw, Wlz, SVB/trekkingsrecht en CAK/eigen bijdrage), waarvan er 423 zijn opgenomen als casus voor nader onderzoek. In het eerste kwartaal stond het aantal meldingen op 2248. Bijgevoegd bij deze voortgangsrapportage ook het signaalrapport van de cliëntorganisaties met een overzicht van het aantal meldingen van verschillende meldpunten. In de totaliteit van deze omvangrijke beweging (800.000 cliënten vallen sinds januari onder een ander wettelijk kader) zie ik dit als hele reële aantallen en signalen.

Een aantal zaken kan duidelijk verbeterd worden. Dit vraagt de aandacht van alle betrokken partijen. Wat ik afleid uit de signalen van cliëntorganisaties, is dat cliënten of hun vertegenwoordigers (nog te vaak) moeten zoeken hoe ze de door hen benodigde zorg en ondersteuning kunnen krijgen. Dit kan leiden tot onzekerheid bij cliënten. Door de dialoog met de cliënt – daar waar dit nog onvoldoende het geval is – snel aan kwaliteit te laten winnen komen uitvoerder en cliënt naast elkaar te staan in plaats van tegenover elkaar; het beeld van de ontwikkeling van het aantal juridische procedures (voornamelijk m.b.t. huishoudelijke ondersteuning) laat zien dat hierin nog een belangrijke verbetering te boeken is.

Met VNG en Ieder(in) verken ik nu de mogelijkheden om te komen tot een gemeenschappelijke agenda met een daarbij behorend tijdelijk gremium van waaruit ook op landelijk niveau – ten behoeve van de regionale en lokale uitvoering – «bestuurlijk regie» gevoerd kan worden op de beoogde doelstellingen van de vernieuwing van de langdurige zorg en ondersteuning. Een gezamenlijke probleemanalyse zou voor 2016 de basis zou kunnen vormen van een dergelijke agenda. Het bijgevoegde rapport van de cliëntorganisaties geeft input aan deze probleemanalyse.

In dezelfde lijn hebben de leden van de HLZ Cockpit bereidheid getoond om vanuit een gezamenlijke agenda in 2016 de transformatie richting alle partijen verder aan te jagen. In november zal deze agenda verder uitgewerkt worden. Al met al constateer ik breed draagvlak om van de signaleringsfase met betrekking tot de transitie, nu over te gaan naar de actiefase gericht op de transformatie om de bedoelingen van de hervorming te doen slagen. Deze actiefase houdt ook in dat de landelijke agenda's zich laten doorvertalen naar regionaal en lokaal niveau om uiteindelijk ook de (stem van) de cliënt in positie te brengen teneinde

meer zeggenschap te kunnen krijgen in zijn eigen zorg en ondersteuning, zoals ook de bedoeling is achter de hervorming.

Er wordt door gemeenten, verzekeraars en aanbieders geïnvesteerd in een grote professionaliseringsslag o.a. om de dialoog met de cliënt te verbeteren. Dat de ANBO en VNG nu de handen in een hebben geslagen om tot een opleidingsaanbod te komen voor de gemeentelijke gespreksvoerder, is een concreet voorbeeld hiervan. Deze professionalisering is een belangrijk thema in de vernieuwingsagenda «zorg en ondersteuning» en de (in bewerking zijnde) vernieuwingsagenda Wlz.

Voorkomen juridisering

Om juridisering te voorkomen is het van belang dat de dialoog, gericht op goede bejegening richting cliënten door gemeenten goed wordt ingebed in het door hen uit te voeren onderzoek. Een van de concrete resultaten uit de gesprekken die ik hierover voer met de VNG en cliëntorganisaties is dat de VNG in dit kader momenteel binnen de VNG-academie een opleiding ten behoeve van training en toerusting van Wmo-consulenten ontwikkelt. De ANBO alsook partners die betrokken zijn bij het programma «Aandacht voor iedereen» hebben, daartoe uitgenodigd door de VNG, aangegeven betrokken te willen worden bij de ontwikkeling van deze opleiding.

Dat niet alle besluiten van gemeenten als gevolg van de invoering van de Wmo 2015 kunnen rekenen op goedkeuring van de cliënt, is te verwachten. Zeker
wanneer het een wijziging van bestaande ondersteuning betekent. Het is dan ook niet verrassend dat het aantal bezwaarschriften in 2015 is toegenomen, ten opzichte van voorgaande jaren. Dat neemt niet weg dat dit soort procedures zoveel mogelijk moeten worden voorkomen. De «goede dialoog» over of en hoe zelfredzaamheid en participatie van betrokkenen kunnen worden versterkt, kan daarin het verschil maken. Te denken valt daarbij ook aan alternatieve geschilbeslechting, zoals mediation of «prettig contact met de overheid».

Meldpunt het «juiste loket»

Zowel het driewekelijks overleg met cliëntenorganisaties en andere betrokkenen bij de uitvoering via de Implementatietafel HLZ en het meldpunt «het juiste loket» hebben de afgelopen periode een belangrijke functie gehad in het signaleren en opvangen van signalen cliënten en vraagstukken die in de uitvoering van het stelsel rondom de cliënt, niet goed verlopen. Ik vind het zinvol om beide contactplatforms in stand te houden om snel signalen te kunnen opvangen en cliënten adequaat te kunnen bijstaan. Dit is extra van belang in verband met het traject dat momenteel ingang is gezet om de zorgverlening te continueren van cliënten waarbij het overgangsrecht afloopt (onder meer de zogenaamde Wlz-indiceerbaren).

Eigen bijdragen

Onderzoek eigen bijdragen voor algemene voorzieningen Wmo 2015

Naar aanleiding van de motie van mevrouw Keijzer[1] heb ik na overleg met de VNG onderzoek laten doen naar de mate waarin gemeenten invulling geven aan de mogelijkheid om eigen bijdragen te vragen voor algemene voorzieningen. In het onderzoek is niet alleen kwalitatief in beeld gebracht

[1] Kamerstuk 34 104, nr. 49.

hoe gemeenten invulling geven aan de eigen bijdragen voor algemene voorzieningen, maar vooral of en hoe ze invulling geven aan de verantwoordelijkheid om conform artikel 2.3.2 van de Wmo 2015, rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden van de cliënt, waaronder de financiële situatie. Het volledige onderzoeksrapport is bij deze brief bijgevoegd[2].

Ik besef me dat het onderzoek een beperkte steekproef betreft en niet veralgemeniseerd kan worden naar *alle* gemeenten. Ik zal in overleg met de VNG alle overige gemeentebesturen de onderzoeksbevindingen voorleggen en hen oproepen binnen hun gemeente vast te stellen of ook bij hen op dit aspect sprake is van een zorgvuldige wetsuitvoering.

Het wettelijk uitgangspunt is dat de maatschappelijke ondersteuning beschikbaar moet zijn voor iedereen die daarop is aangewezen, ongeacht de hoogte van het (besteedbaar) inkomen en het vermogen. De Wmo 2015 en het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 bevatten het wettelijk kader als opdracht voor gemeenten en als waarborg voor cliënten.
Voor door gemeenten verstrekte maatwerkvoorzieningen geldt de in het Uitvoeringsbesluit voorgeschreven eigen bijdragesystematiek, die rekening houdt met de kenmerken van de leefsituatie, het inkomen en het vermogen. In dit Besluit worden bepaalde verstrekkingen van een eigen bijdrage uitgezonderd en cumulatie met een eventuele eigen bijdrage ingevolge het Besluit zorg voorkomen.

Voor algemene voorzieningen is op landelijk niveau geen eigen bijdragesystematiek voorgeschreven. Reden hiervoor is de enorme verscheidenheid aan algemene voorzieningen naar aard, verschijningsvorm en diversiteit. Het is aan gemeenten om te bepalen of en zo ja, welke eigen bijdrage van cliënten gevraagd wordt. Op grond van de Wmo 2015 moeten gemeenten in het onderzoek na melding van een ondersteuningsbehoefte de kenmerken van de persoon en zijn situatie in kaart brengen, waaronder de financiële mogelijkheden. Zowel in geval van algemene voorzieningen als maatwerkwerkvoorzieningen dient de gemeente dan ook aandacht te besteden aan de effecten van het toe leiden van een cliënt naar een bepaalde voorziening voor diens financiële situatie. Gemeenten beschikken over een breed instrumentarium om tot dit in de wet beoogde «financieel maatwerk» te komen. Dit kan zowel generiek, bijvoorbeeld door groepen ingezetenen te benoemen die in aanmerking komen voor een korting op de eigen bijdrage, als in individuele situaties.

Voor het onderzoek zijn door de onderzoekers tien gemeenten geselecteerd, waarbij rekening is gehouden met spreiding op het gebied van omvang (aantal inwoners), politieke achtergrond van de wethouder, geografische ligging en het gemiddelde inkomen van de inwoners. Het onderzoek bij deze 10 gemeenten heeft geleid tot het volgende conclusies:

- Voor de zogenoemde klassieke algemene voorzieningen (zoals activiteiten buurthuizen of ouderenwerk) is het over het algemeen niet gebruikelijk dat er een substantiële eigen bijdrage wordt gevraagd. Als gevolg hiervan is het eventuele cumulatie-effect met eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen en/of Wlz-zorg zeer gering.
- In 5 van de 10 gemeenten wordt (deels) huishoudelijk hulp, dagbesteding en/of individuele begeleiding als algemene voorziening aangeboden. Één van deze gemeenten vraagt geen eigen bijdrage voor gebruik van de algemene voorziening (dagbesteding en ambulante begeleiding), de overige 4 gemeenten wel. Elk van deze vier gemeenten heeft compenserende maatregelen genomen zodat ook lage inkomens een beroep kunnen blijven doen op deze algemene voorziening.

---

[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- De meeste gemeenten hebben niet inzichtelijk wat het totaal van de omvang van de eigen bijdragen voor algemene voorzieningen is. Indien in het keukentafelgesprek een belemmering naar voren komt, worden de mogelijkheden verkend om de financiële lasten te verlichten.
- Gemeenten hanteren verschillende instrumenten om algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen financieel toegankelijk te houden:
  - Geen of een lage eigen bijdrage.
  - Minimapassen (tot 120/130% van sociaal minimum) met korting op activiteiten en vaak ook op eventuele eigen bijdragen voor algemene voorzieningen.
  - Dienstencheques voor hulp aan huis, waarbij de prijs afhankelijk is van o.a. inkomen, samenstelling huishouden en het beroep op maatwerkvoorzieningen.
  - Een collectieve zorgverzekering voor minima inclusief dekking van de eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen.
  - Vergoedingen uit hoofde van de bijzondere bijstand.
- Gemeenten hebben de vrijgekomen middelen uit de voormalige Wtcg en de CER op verschillende wijze ingezet. Vrijwel alle gemeenten hebben de middelen (deels) ingezet om de collectieve verzekering voor minima uit te breiden. Daarnaast zijn de middelen ingezet in de vorm van een aparte financiële regeling, om de eigen bijdragen van maatwerkvoorzieningen te verlagen en/of de bijzondere bijstand te verruimen.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek stel ik vast dat de onderzochte gemeenten hun verantwoordelijkheid nemen voor het beoogde «financieel maatwerk» voor hun ingezetenen. In geval de onderzochte gemeenten een eigen bijdrage vragen, dan zijn veelal compenserende maatregelen genomen om de algemene voorzieningen financieel toegankelijk te houden. Uit het onderzoek komt naar voren dat gemeenten bij de omzetting van maatwerkvoorzieningen naar algemene voorzieningen zorgvuldig te werk gaan. Daarbij blijkt dat alle geïnterviewde gemeenten in het onderzoek na melding standaard de financiële situatie van de hulpvrager ter sprake brengen. Indien samenloop van eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen een belemmering vormt, dan komt dit daar aan de orde.

Compensatie van teveel betaalde eigen bijdrage

In het algemeen overleg van 9 september jl. heb ik toegezegd u te informeren over hoe cliënten die nadeel hebben ondervonden vanwege teveel betaalde eigen bijdrage (hoger dan de kostprijs) gecompenseerd kunnen worden (Kamerstuk 34 104, nr. 82). Ik ben hierover in overleg getreden met de VNG en het CAK. Om deze correctie van de eigen bijdrage voor de cliënt mogelijk te maken, is het noodzakelijk dat de gemeente haar kostprijs/uurtarief zoals aangeleverd aan het CAK aanpast, mocht het zo zijn dat het tarief dat was doorgegeven hoger is dan de feitelijke kostprijs. Zoals aangegeven in mijn brief van 8 september jl. (Kamerstuk 29 538, nr. 195), hebben zowel de VNG als ikzelf gemeenten opgeroepen dit zorgvuldig na te gaan en zo nodig de aan het CAK doorgegeven tarieven aan te passen. Wanneer dit gebeurt, corrigeert het CAK de eigen bijdrage. De cliënt merkt die correctie op een volgende factuur en ontvangt dan – indien van toepassing – evt. teveel betaalde eigen bijdrage terug.

Inning eigen bijdragen Wmo 2015

In mijn brief van 9 oktober jl. (Kamerstuk 29 538, nr. 197) heb ik u geïnformeerd over de inning van eigen bijdragen Wmo 2015 en over acties die ik onderneem om problemen in de uitvoering te beperken. Ik heb u toen toegezegd u in deze voortgangsrapportage nader te berichten over de uitvoering van die acties. Aanleiding voor de genoemde brief van 9 oktober jl. was het signaal dat een groep mensen deze weken voor het eerst een rekening van het CAK ontvangt voor eigen bijdragen voor ondersteuning op grond van de Wmo 2015, terwijl de ondersteuning eerder dit jaar is aangevangen. Het CAK heeft op mijn verzoek een analyse gemaakt van de groep mensen met een «stapelfactuur» door enkele steekproeven (n=300) te trekken. Van een stapelfactuur is sprake wanneer op die factuur een eigen bijdrage voor maatschappelijke ondersteuning voor meer dan twee perioden van vier weken in rekening worden gebracht.

Op basis van de analyse kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

– De verscheidenheid binnen de groep is groot. De stapeling gaat soms over drie perioden, regelmatig over zeven tot negen perioden, maar in uitzonderlijke gevallen ook weleens over meer dan tien perioden. Dit zegt echter weinig over de financiële gevolgen voor de cliënt. Factuurbedragen op een stapelfactuur over drie perioden kunnen hoger zijn dan die op een factuur over acht perioden. Stapelfacturen kunnen er uiteindelijk ook toe leiden dat de cliënt geld ontvangt in plaats van moet bijbetalen, bijvoorbeeld omdat de feitelijke afgenomen ondersteuning per periode minder bedraagt dan eerder was aangeleverd. Een correctiefactuur over meerdere perioden wordt ook aangeduid als stapelfactuur.
– In zo'n 70% van de gevallen heeft een stapelfactuur voor de cliënt geen gevolgen, aangezien reeds de maximale periodebijdrage werd betaald. Dit is bijvoorbeeld het geval als de cliënt of diens partner in de betreffende perioden ook ondersteuning ontving vanuit een andere aanbieder en het huishouden daardoor over die perioden reeds de maximale periodebijdragen heeft betaald. De stapelfactuur heeft voor de cliënt dan geen gevolgen meer, omdat de maximum periodebijdrage niet kan worden overschreden. Voorts kan ook sprake zijn van een partner met Wlz-zorg waardoor de eigen bijdrage voor de Wmo-ondersteuning komt te vervallen.
– De oorzaak van de vertraging varieert, maar het gaat in het overgrote deel van de gevallen om late aanlevering door de gemeente of zorgaanbieder. Soms heeft de gemeente de benodigde gegevens te laat aangeleverd, soms de aanbieder. Hierbij geldt dat de wijze van aanlevering en de afspraken die hierover zijn gemaakt bepalend zijn voor welke partij de benodigde gegevens bij het CAK aanlevert. Indien het om hulpmiddelen en voorzieningen gaat leveren de gemeenten aan (of een derde partij namens een gemeente) en indien het om minuten, uren en en/of dagdelen gaat, leveren de aanbieders de benodigde gegevens bij het CAK aan.
– In de steekproef bleek een vijfde deel van de stapelfacturen veroorzaakt door een ICT- probleem bij 1 administratiekantoor in de loop van 2015, waardoor voor een aantal gemeenten (dat dat administratiekantoor had ingeschakeld) vanaf periode 6 geen gegevens meer zijn aangeleverd. Dit ICT-probleem is inmiddels opgelost.
– Als de stapeling meer dan 10 perioden betreft, ligt de oorzaak daarvan over het algemeen in een correctie van de zorggegevens of van een hulpmiddel of voorziening. Bijvoorbeeld in geval van woonvoorzieningen zoals een traplift, levert de gemeente een bedrag dat over een

periode van vijf jaar gefactureerd wordt. Een aanpassing in dat bedrag leidt tot een correctie in de eigen bijdrage over dezelfde periode.
– Het gaat vrijwel uitsluitend over cliënten die al bekend zijn bij het CAK, omdat ze al eerder (in 2015 of 2014) een factuur hebben ontvangen.

De analyse van het CAK is behulpzaam bij de verdere uitvoering van de maatregelen die ik momenteel samen met CAK, VNG en KING neem.
– Het CAK onderneemt actie richting gemeenten waar bovengemiddeld sprake is van stapelfacturen. Er wordt doorgevraagd naar de oorzaak van problemen en zo nodig een aanbod tot ondersteuning gedaan. Het Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (KING) van de VNG levert deze week een dashboard op, dat inzicht oplevert in het berichtenverkeer tussen gemeenten en aanbieders. Opvallende patronen worden daarin zichtbaar (zoals lage aantallen berichten). Deze inzichten zullen worden besproken met die gemeenten die hebben aangegeven ondersteuning nodig te hebben bij de inrichting van het berichtenverkeer. Daarnaast zal de VNG, vooruitlopend daarop, gemeenten die in CAK-analyses opvallen, alvast telefonisch benaderen met de vraag naar de oorzaak en aanpak en welke ondersteuning nodig is. Hierbij is nauwe samenwerking met het CAK.
– De communicatie richting gemeenten over dit onderwerp is flink opgeschroefd, waarbij het CAK en de VNG samen optrekken. Zelf heb ik deze week ook in een brief aan de wethouders aandacht gevraagd voor het belang van tijdige aanlevering van informatie aan het CAK, teneinde problemen voor cliënten te voorkomen. Ik heb gemeenten daarbij gevraagd na te gaan in hoeverre zij op orde zijn wat betreft aanlevering bij het CAK en wat nog in de pijplijn zit, en het CAK daarover te berichten, zodat een beter beeld ontstaat en gericht kan worden geacteerd.

Los van bovenstaande acties geldt uiteraard de reguliere werkwijze van het CAK dat cliënten die een hoge factuur ontvangen, door het CAK worden gebeld, waarbij de mogelijkheid wordt aangeboden om gespreid te betalen. Deze mogelijkheid staat bovendien standaard vermeld bij de toelichting op de factuur.

Bovenstaande korte termijnacties zijn nodig en gewenst. Tegelijkertijd wil ik me richten op een structurele aanpak. Daarom ben ik met het CAK, de VNG en iZA (samenwerkingsverband van zorgaanbieders) in gesprek over meer structurele oplossingen. Te denken valt bijvoorbeeld aan het optimaliseren van processen en vermindering van het aantal product-codes en uurtarieven. Vereenvoudiging draagt eraan bij dat het risico op fouten in de uitvoering wordt beperkt. Daarmee worden ongewenste effecten voor de cliënt voorkomen. Dat laatste is immers het doel waarvoor ik de bovengenoemde acties, samen met het CAK, de VNG/KING en gemeenten onderneem.

Prikkels en samenwerking in het HLZ stelsel (Wmo, Zvw, Wlz)

Het overgrote deel van de mensen heeft de wens zo lang mogelijk thuis te willen blijven wonen, zonder eenzaam te worden. Om zwaardere zorgvragen en opname in een instelling te voorkomen, is het van belang dat mensen eenvoudig ergens met hun zorg- of ondersteuningsvraag terecht kunnen en dat sociale of medische problematiek in een vroeg stadium wordt opgepakt. De prikkels zouden hierbij zo moeten staan dat dit op een zo cliëntvriendelijk en efficiënt mogelijke manier wordt vorm gegeven.

Tijdens de wetsbehandeling Wmo 2015 van 22 en 23 april 2014 (Handelingen II 2013/14, nr. 78, item 23 en (Handelingen II 2013/14, nr. 79, items 2 en 6) hebben de Kamerleden Van Dijk en Van 't Wout het belang van financiële prikkels, om goed beleid te ondersteunen, benadrukt en mij gevraagd onderzoek naar de mogelijkheden hiervoor te doen. Als suggesties werden hierbij het nieuwe verdeelmodel voor de Wmo 2015 en de systematiek van het gemeentefonds genoemd.

Ik onderschrijf het belang om de financiële prikkels over de stelsels heen zo neer te zetten, waarbij gemeentelijk beleid dat leidt tot het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen van mensen met een beperking, zoveel als mogelijk wordt beloond. Dit is een zeer complex vraagstuk waarvoor (nog) geen eenduidig instrument voorhanden is. Er is momenteel onvoldoende zicht op de vraag in hoeverre gemeenten met hun beleid de uitkomsten van bovenstaande factoren (kunnen) beïnvloeden. Verschillende factoren, en niet enkel de financiële prikkel t.a.v. gemeenten, bepalen de instroom naar intramurale instellingen en de behoefte aan zorg en ondersteuning.

Het is daarbij onduidelijk in hoeverre financiële prikkels invloed hebben op, dan wel de boventoon voeren in het beleid. Gemeenten hebben immers een zorgtaak voor hun burgers. De wijze van uitvoering van deze zorgtaak komt in de gehele gemeentelijke beleidscyclus aan bod. De Wmo en Wlz bieden daarnaast waarborgen dat iemand niet zomaar in de Wlz kan instromen. Wel kan op basis van de huidige informatie gesteld worden dat er ook nu al mogelijkheden en prikkels tot samenwerking voor partijen zijn om de beste en meest doelmatige zorg te leveren en dat uitvoerders in de praktijk geen druk voelen om zorg op een ander domein af te wentelen. Zo kunnen verzekeraars besparen op hun uitgaven door ziekenhuiszorg te voorkomen. Deze prikkel zorgt er ook voor dat mensen niet onnodig in verzorgingshuizen of verpleeghuizen terecht komen. Dit vraagt om een versterking van de eerste lijn. Hiertoe hebben op 16 juli 2013 de LHV, InEen (destijds nog LOK/VHN/LVG), ZN en het Ministerie van VWS een hoofdlijnenakkoord gesloten.

Het is in dit stadium van de uitvoering en gegeven de nu beschikbare informatie nog te vroeg om te beoordelen of er sinds begin dit jaar sprake is van een stijging van de instroom naar de Wlz en daarbij of er sprake is van afwenteling. Er zal meer ervaring met, en meer tijd voor de uitvoering nodig zijn om te kunnen bezien of het stelsel werkt zoals beoogd en of een doelmatige inrichting van de zorg middels samenwerking gestalte heeft kunnen krijgen. Uiteraard zal ik de werking van (de prikkels van) het stelsel blijven volgen en onderzoeken. Daarbij zal ik verder verkennen of het mogelijk is om een financiële prikkel te introduceren in het gemeentelijk domein om Wlz-zorg te voorkomen.

Hieronder zal ik het huidige juridische kader en het verdeelmodel verder toelichten en sta ik stil bij de ervaringen uit de praktijk en bij de uitkomsten van een onderzoek om welke ik – mede gelet op het verzoek van de heren Van Dijk en Van 't Wout – het CPB en het SCP heb verzocht.

Juridisch en financieel kader HLZ

Voorop staat dat de wettelijk kaders juridische waarborgen bieden. Cliënten die op zorg of ondersteuning zijn aangewezen, zullen die krijgen en zullen als regel niet tussen «wal en schip» kunnen vallen. De toegang is met de invoering van de Wlz zo ingericht dat er recht op een Wlz-indicatie is indien het CIZ heeft vastgesteld dat de cliënt behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Voor de gemeenten en de zorgverzekeraar geldt dat zij verantwoordelijkheid moeten nemen

zolang mensen niet over een Wlz-indicatie beschikken. Die verantwoordelijkheid komt voort uit een geëxpliciteerde wettelijke opdracht en is zeker niet vrijblijvend. Gemeenten die (gedeeltelijk) geen goed beleid voeren zijn daarop aanspreekbaar, in eerste instantie door de cliënt en de gemeenteraad.

Vanaf 2016 wordt het budget voor de nieuwe taken voor gemeenten op grond van de Wmo 2015 verdeeld volgens een nieuw objectief verdeelmodel. Dit verdeelmodel verdeelt het beschikbare budget aan de hand van een voorspelling van de verwachte uitgaven voor de Wmo 2015 per gemeente op grond van objectieve kenmerken. Het gaat hierbij om demografische kenmerken, sociaaleconomische kenmerken, kenmerken over de gezondheidstoestand van de inwoners en de fysiek en sociaalgeografische kenmerken van de gemeente. Het uitgangspunt bij een objectieve verdeling is dat deze kenmerken niet of zeer beperkt beïnvloedbaar zijn door gemeentelijk beleid. Gemeenten die minder budget besteden dan het budget dat ze via de verdeling van de Wmo 2015 krijgen, kunnen deze middelen vrij besteden. Vervolgens is het ook niet zo dat gemeenten die minder ondersteuning leveren, meer budget krijgen vanwege het objectieve verdeelmodel. Hierbij geldt wel dat gemeenten voldoende tijd nodig hebben om hun beleid en uitvoering aan te passen aan het volgens objectieve maatstaven beschikbare budget. Met de VNG is daarom afgesproken dat sprake zal zijn van een ingroeipad van maximaal 4 jaar zodat gemeenten met grote herverdeeleffecten (zowel negatief als positief) geleidelijk toegroeien naar hun nieuwe situatie.

Ook in de andere verdeelmodellen waarmee de budgetten behorend bij de Wmo 2015 worden verdeeld (ik doel hierbij op het verdeelmodel van de middelen van de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging, maar bijvoorbeeld ook de verdeling van de middelen van het cluster Maatschappelijke Ondersteuning binnen de algemene uitkering van het gemeentefonds) zijn onder andere de volgende factoren opgenomen: ouderen, lage inkomens, langdurig medicijngebruik, eenoudergezinnen en omgevingsadressendichtheid. Dit betekent dat mensen die onder de Wlz komen te vallen en daarbij in hun eigen huis of dezelfde gemeente blijven wonen, ook meetellen en mee blijven tellen bij de verdeling van de Wmo-middelen.

Het introduceren van een prikkel binnen het gemeentelijke domein betekent een majeure beleidswijziging die zorgvuldig moet worden bekeken. Conform de Financiële verhoudingswet is de bekostiging kosten georiënteerd en wordt rekening gehouden met het vermogen van gemeenten om eigen inkomsten te verwerven. Invoering van een mogelijke financiële prikkel moet binnen de wettelijke kaders een uitwerking krijgen. Bij de verkenning die gezamenlijk wordt uitgevoerd met het Ministerie van BZK moet -naast bovengenoemde aspecten – ook worden gekeken naar het verhuisgedrag bij instroom, de relatie tussen het beleid en de instroom in de Wlz, en daarmee het belonen van goede prestaties van gemeenten. Ook niet financiële prikkels kunnen hierbij aan de orde komen.

Rapport «Keuzeruimte in de langdurige zorg»

Om een beter zicht te krijgen op de werking van de prikkels en daarop eventuele maatregelen te baseren, heb ik het CPB en het SCP gevraagd om te kijken naar de prikkels binnen de langdurige zorg en ondersteuning.

Het CPB/SCP geeft in haar rapport «Keuzeruimte in de langdurige zorg» aan dat zowel gemeenten als zorgverzekeraars (op termijn) een financieel belang bij lagere zorguitgaven, en dus in theorie prikkels hebben om zorg

af te wentelen op de Wlz[3]. De onderzoekers zien daarentegen ook mogelijkheden voor goede afstemming en doelmatige inrichting van de zorg wanneer partijen samenwerken.

De vraag is in hoeverre ook in de praktijk afwenteling of juist samenwerking plaatsvindt door deze prikkels. Het CPB/SCP heeft daarom gekeken in hoeverre er variatie was in de *indicatiestelling* tussen gemeenten en zorgkantoorregio's en of het *gebruik* van zorg afweek van de indicatiestelling. Grote variatie en sterke afwijkingen kunnen erop duiden dat er in de praktijk ruimte is voor betrokken partijen om de zorg anders, beter of doelmatiger vorm te geven. Om een eerste beeld hiervan te krijgen heeft CPB/SCP gekeken naar cijfers van de periode 2009–2012.

Uit de analyse van het CPB/SCP blijkt dat er in de uitvoering van de AWBZ aanzienlijke verschillen tussen regio's waren. Echter, aan deze grote variatie – tijdens de AWBZ – kunnen nog geen conclusies worden verbonden omdat nog onduidelijk is in hoeverre niet meegenomen achtergrondfactoren, zoals verschillen in de vraagcultuur, het aanbod, beleidsverschillen (Wmo) en verschillen in indicatiestelling (AWBZ) en Wmo-gebruik een rol spelen.

Uit het onderzoek volgt verder dat slechts een klein deel van de cliënten alle zorg gebruikt waar ze volgens het indicatiebesluit recht op hebben. Uit de analyse van indicaties voor intramurale zorg blijkt verder dat in 2011 ongeveer een kwart van de personen met een dergelijke indicatie op een zeker moment extramurale zorg gebruikte.

Wat zijn ervaringen in de praktijk?

CPB en SCP geven terecht aan dat bij het toekennen van een indicatie of voorziening naast financiële prikkels ook andere prikkels een belangrijke rol kunnen spelen; andere prikkels zijn bijvoorbeeld intrinsieke motivatie om goede zorg te leveren, wettelijke en sociale normen en ethische overwegingen.

Van belang is ook de wijze waarop de samenwerking tussen de betrokken partijen in de praktijk gestalte zal krijgen. Zo zijn verzekeraars en gemeenten samen druk doende om hun verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen en uit te werken.
In een zogenaamde group decision room» hebben medewerkers van het Ministerie van VWS met indicatiestellers van CIZ, wijkverpleegkundigen en medewerkers van gemeenten besproken in hoeverre financiële motieven voorop staan bij de hulpverlening, dan wel of vooral bekeken wordt wat de persoon in kwestie aan zorg en ondersteuning nodig heeft. Overwegend kwam hierbij de reactie naar voren dat iedereen bezig was om vooral te bekijken wat iemand aan zorg nodig had. Bovendien gaven de deelnemers aan geen druk vanuit de (eigen) organisatie te ervaren om zorg af te wentelen op een ander domein.

Het is nu nog te vroeg, volgens het CPB en SCP, om te beoordelen hoe het stelsel werkt en of er sprake is van afwenteling. Zodra in de loop van 2016 meer kwantitatieve informatie beschikbaar is over de uitvoering van de langdurige zorg en ondersteuning (m.b.t. de wijkverpleging, de Wmo 2015 en de Wlz) zal een betere analyse mogelijk worden. Aan de hand daarvan wordt mogelijk duidelijk in hoeverre er een bepaalde trend is of dat er (bijvoorbeeld) opvallende resultaten in bepaalde regio's zijn waar verder naar moet worden gekeken.

---

[3] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Verschuiven budgetten over domeinen

De leden Van der Staaij en Van Dijk[4] hebben tijdens de behandeling van de Wmo 2015 een motie ingediend waarin wordt gevraagd om de mogelijkheden te onderzoeken hoe verzekeraars en gemeenten hun budgetten onderling kunnen verschuiven, zodat substitutie van zorg en ondersteuning mogelijk wordt. Daarbij gaven ze in overweging dat het van belang is dat er voor mensen integraal maatwerk over stelsels heen georganiseerd wordt, maar dat dit niet automatisch van de grond komt door de mogelijk tegenstrijdige financiële belangen van verzekeraars en gemeenten.

Door goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten kan de zorg beter op elkaar worden afgestemd en met een goede signalering van kwetsbaarheid kan zwaardere zorg worden voorkomen. Op veel plekken zijn verzekeraars en gemeenten op regionaal en/of lokaal niveau bezig om de samenwerking te versterken.
Mijn indruk op basis van gesprekken met vertegenwoordigers van gemeenten en verzekeraars is dat in een groeiend aantal regio's de tijd rijp is om de stap te zetten van het verkennen van randvoorwaarden naar het samen ontwikkelen en operationaliseren van afspraken. Door het faciliteren van duurzame opschaling van goede praktijken, wil ik dit proces de komende tijd stimuleren. Mede naar aanleiding van mijn oproep eerder dit jaar aan partijen betrokken bij het zgn. «Jongeriusoverleg» om te bezien hoe goede voorbeelden van samenwerking kunnen worden verankerd en breder uitgedragen, heeft eind september de landelijke conferentie «Versterken Samenwerking» plaatsgevonden, met deelnemers vanuit gemeenten, verzekeraars en brancheorganisaties. Ten behoeve van deze conferentie zijn voor een aantal thema's en/of doelgroepen de afhankelijkheden tussen gemeenten en verzekeraars in kaart gebracht, evenals goede voorbeelden die de afgelopen periode zijn ontwikkeld[5].

De werkagenda van Menzis, die met betrokken regio's en 80 gemeenten vorm wordt gegeven, de ZoWel-pilots van CZ met een vijftal gemeenten, gericht op betere samenwerking tussen sociaal en medisch domein en de agenda's Vitaal Oud en Langer Thuis met Dementie die Zilveren Kruis met resp. de gemeente Utrecht en Rotterdam heeft ontwikkeld, gericht op het zo lang mogelijk behouden van eigen regie in een zelfstandige woonsituatie door verbinden van intramuraal en extramuraal aanbod, zijn slechts een aantal van de goede praktijken die hier de revue passeerden.
Van belang hierbij is de vaststelling van het merendeel van de betrokkenen op dit moment dat de (afzonderlijke) stelsels en de daaruit volgende financiële prikkels in de praktijk een goede samenwerking niet in de weg staan.

Daar waar er onderbouwde aanwijzingen zijn dat aanpassing van regelgeving concrete belemmeringen kan wegnemen, zal ik dat uiteraard serieus bespreken en op noodzaak en mogelijkheden bezien.
Zo heb ik – in het kader van de mogelijkheden voor een betaaltitel voor shared savings – verschillende gesprekken met verzekeraars en gemeenten gevoerd. De afgelopen tijd zijn in het kader van het onderzoek naar de mogelijkheden en onmogelijkheden en de voor- en nadelen van een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zorgverzekeringswet (motie Wolbert) verschillende werksessies georganiseerd. Aan het eind van dit jaar ontvangt uw Kamer de bevindingen.

---

4 Kamerstuk 33 841, nr. 138.
5 Zie voor deze informatie http://www.versterkensamenwerking.nl/informatie.

Uit de brief van de Minister van VWS over de Proeftuinen van 10 juli 2015,[6] waarin is ingegaan op de mogelijkheden van shared savings, blijkt ook dat veel meer mogelijk is dan vaak wordt gedacht. In de brief zijn diverse manieren beschreven hoe partijen binnen de Zvw middelen kunnen gebruiken voor samenwerking. Dit geldt ook voor samenwerking met de gemeente. Ook vanuit de gemeente is er wettelijk gezien geen beletsel om te komen tot deze samenwerking. Dit neemt niet weg dat de (door)ontwikkeling van de samenwerking tijd zal vergen.

In het kader van het experimenteerartikel in de Wlz zal er binnenkort een experiment inzake integraal pgb starten dat gericht is op verdere samenwerking en integrale zorgverlening door gemeenten en verzekeraars. Eén van de experimenten zal daarbij het integrale pgb zijn. U treft daar elders in deze brief meer uitgebreide informatie over aan.

Tevens heb ik uw Kamer begin van dit jaar geïnformeerd over de afspraken tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten met betrekking tot de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg[7]. Op dit moment loopt er een onderzoek naar de uitwerking van deze afspraken in de praktijk. Ik informeer uw Kamer voor het einde van het jaar over de uitkomsten.

Meerderjarigen met verstandelijke beperking en behoefte hebben aan begeleiding en/of behandeling in beschermde woonvorm

Zoals hierboven benoemd zijn er tussen de Wlz, Zvw en Wmo grensgebieden die goede samenwerking tussen de partijen vergen en soms verduidelijking in de verantwoordelijkheidsverdeling voor specifieke groepen cliënten. Zo heb ik door onderzoek inzicht gekregen in de positie van meerderjarigen met een licht verstandelijke beperking (lvb) die tijdelijk behoefte hebben aan begeleiding en/of behandeling in een beschermde woonomgeving.

VNG en VWS zijn het eens met de conclusie van HHM dat de Wmo voor bovengenoemde doelgroep(en) inderdaad het meest passende kader is. Een wetswijziging is niet nodig. Er is afgesproken dat dit zo spoedig mogelijk breed gecommuniceerd zou moeten worden naar gemeenten.

Het rapport zond ik u met mijn brief van 3 september (nazending vorige voortgangsrapportage)(Kamerstuk 34 104, nr. 70). Het gaat met name om de groep die voor hun 18e verjaardag een verblijfsindicatie heeft gekregen via de Jeugdwet (zzp VG 1, VG 2 en soms VG 3 en 4) en na hun 18e verjaardag tijdelijk behoefte heeft aan een beschermende woonvorm. Daarnaast gaat het om volwassenen met een licht verstandelijke beperking, die bijvoorbeeld als gevolg van een incident, tijdelijk behoefte hebben aan een beschermende woonvorm.
Hoofdconclusie van het HHM rapport is dat deze cliënten niet in aanmerking komen voor de Wlz en dat de Wmo 2015 het meest passende kader is. Daarbij is geconstateerd dat een deel van de Awbz middelen voor deze groep naar de Wlz (middelen vanaf VG 3) is gegaan, terwijl deze doelgroep geen toegang heeft tot de Wlz gefinancierde zorg.

Er is ook duidelijkheid nodig over de omvang van de doelgroep en de gemiddelde prijs per cliënt en dus de totale omvang van het budget. Uit analyse van data is gebleken dat het niet mogelijk is om al op zeer korte termijn duidelijk te krijgen over de prijs per cliënt en omvang van de doelgroep per gemeente. Daarom zal een extern bureau worden gevraagd

[6] Kamerstuk 32 620, nr. 161.
[7] Kamerstuk 29 538, nr. 178.

om de gemiddelde prijs en omvang van de doelgroep te onderzoeken. Aan een aantal gemeenten wordt hiertoe gevraagd de uitgaven voor deze doelgroep te registreren. Ik kan niet op de uitkomst van het onderzoek vooruitlopen, maar de uitkomst van het onderzoek zal gevolgen hebben voor het budget van gemeenten. De uitkomst van het onderzoek zal na een bestuurlijk overleg met de VNG worden verwerkt in de septembercirculaire 2016. Van VNG, gemeenten en aanbieders wordt gevraagd om integraal naar deze doelgroep te kijken zodat er samenhangend beleid en uitvoering ontstaat ten einde de continuïteit van passende zorg en ondersteuning te blijven waarborgen.

PGB beleid gemeenten en verzekeraars

In het Algemeen Overleg voortgang pgb trekkingsrecht van 14 september jl. is mij gevraagd in te gaan op het ontmoedigingsbeleid dat gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van het pgb zouden voeren (Kamerstuk 25 657, nr. 205).

In algemene zin wil ik opmerken dat het pgb voor mij een gelijkwaardig alternatief is ten opzichte van de zorg in natura. Het pgb is daarom als recht opgenomen in alle domeinen. Mensen moeten bij de keuze voor een pgb een bewuste keuze maken en weten welke rechten en plichten hieraan zijn verbonden. Hierbij is het zeer van belang dat de budgethouder zelf of met een betrouwbare vertegenwoordiger het pgb kan beheren, de rechten kan uitoefenen en de plichten kan nakomen. Om dit te borgen zijn er voorwaarden verbonden aan de keuze voor een pgb.

Wordt niet aan die voorwaarden van het pgb voldaan, dan moet de naturazorg een goed en gelijkwaardig alternatief bieden. Gemeenten en verzekeraars kunnen een pgb weigeren als niet aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. Indien mensen met het pgb kunnen omgaan en dit een bewuste keuze is, hebben ze het recht ervoor te kiezen.

Gemeenten

In de Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn waarborgen opgenomen zodat het pgb een gelijkwaardig alternatief voor zorg in natura is. Een cliënt die een maatwerkvoorziening krijgt toegekend, heeft, als aan een aantal in de wet of gemeentelijke verordening geëxpliciteerde voorwaarden wordt voldaan, het recht te kiezen voor een persoonsgebonden budget. Het college heeft daarbij de wettelijke opdracht om, nadat in het onderzoek is vastgesteld dat iemand in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening, de betrokkene te informeren over de mogelijkheden om voor een pgb te kiezen alsook over de gevolgen van die keuze, teneinde vast te stellen of regie voering op het pgb mogelijk is.

Veel mensen kiezen voor het pgb omdat ze van mening zijn met zorg in natura onvoldoende uit de voeten te kunnen en zelf meer regie willen voeren over hun eigen situatie. Wanneer een gemeente investeert in een uitgebreid en innovatief ondersteuningsaanbod in natura, mag worden verondersteld dat de vraag naar pgb bij cliënten zal afnemen.
Ook de hoogte van het aangeboden pgb zou een rol kunnen spelen in de afweging of men al dan niet kiest voor het pgb. In de nazending van de 2^{e} Voortgangsrapportage HLZ[8] ben ik uitgebreid ingegaan op de wijze waarop de tarieven voor het pgb worden bepaald en de waarborgen die in de verschillende wetten zijn ingebouwd voor de toereikendheid van het pgb. De gemeente kan niet eenzijdig besluiten tot verlaging van het budget als dit tot gevolg heeft dat betrokkene hierdoor niet (langer) in

[8] Kamerstuk 31 104, nr. 70.

staat is – de in zijn situatie – passende zorg en ondersteuning in te kopen. Als de budgethouder het niet eens is met het besluit van de gemeente inzake het pgb, kan hij zijn mening daarover kenbaar maken en zo nodig in bezwaar en beroep gaan.

Zoals aangegeven hebben gemeenten dus de plicht om cliënten actief te informeren over de mogelijkheid om te kiezen voor een pgb. Ik vind het belangrijk dat gemeenten op de hoogte zijn van deze informatieplicht. Om die reden heb ik met VNG afgesproken dit onderwerp in een brede samenstelling van gemeenten te bespreken. Daarnaast is er regelmatig contact met Per Saldo waarbij signalen van budgethouders worden besproken.

Zorgverzekeraars

ZN, Per Saldo en VWS overleggen regelmatig over de uitvoering van het Zvw-pgb in de praktijk. Daarbij worden ook signalen als een mogelijk ontmoedigingsbeleid door zorgverzekeraars besproken. Met partijen is afgesproken dat in de monitor naar het Zvw-pgb onder meer gekeken zal worden naar het aantal door zorgverzekeraars geweigerde pgb-toekenningen, met (gerubriceerde) weigeringsgronden. Het streven is om de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen. Zorgverzekeraars bekijken bij de aanvraag van een Zvw-pgb of een verzekerde voldoet aan de afgesproken voorwaarden. De criteria die zij daarbij hanteren, zijn opgesteld in samenspraak tussen ZN, Per Saldo en VWS en vastgelegd in bestuurlijke afspraken. Ik herken het beeld niet dat aanvragen voor een Zvw-pgb actief worden ontmoedigd door zorgverzekeraars. Indien een verzekerde is aangewezen op verpleging en verzorging en voldoet aan de genoemde voorwaarden voor een Zvw-pgb dan hoort de verzekerde indien hij dit wenst een Zvw-pgb te krijgen. De verzekeraar kan dan niet aansturen op het ontvangen van zorg in natura in plaats van het Zvw-pgb.

Integraal pgb

De pilot integraal pgb is geïnitieerd door de gemeenten Woerden en Delft, in samenwerking met Per Saldo. Het integraal pgb moet mensen in die gemeenten de mogelijkheid bieden om verschillende vormen van ondersteuning, jeugdhulp en/of zorg vanuit één budget in te kopen. Via de pilot kan ervaring worden opgedaan met een brede inzet van het pgb in aansluiting op de ondersteuningsvraag die betrekking kan hebben op bijvoorbeeld ondersteuning, jeugdhulp of zorg thuis, op school, op het werk of vervoer. In mijn brief van 11 september jl.[9] heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van deze pilot op dat moment. Zoals eerder aangegeven, juich ik dit initiatief zeer toe. Het is goed om te verkennen óf en hoe een integraal pgb een bijdrage kan leveren aan de beoogde vernieuwing van zorg en ondersteuning.

Om het experiment voor een afgebakende groep van deelnemers mogelijk te maken, is het nodig dat door de betrokken partijen van vigerende regelgeving afgeweken kan worden. Op grond van artikel 10.1.2 van de Wlz is het mogelijk bij AMvB een experiment in te richten dat een verzekerde een integraal pakket aan zorg biedt, in plaats van afzonderlijke rechten op grond van de Jeugdwet, Wmo 2015, Wlz en de Zvw. Thans wordt – in goede samenwerking met de beide gemeenten en Per Saldo – gewerkt aan een AMvB waarin wordt geregeld met welk doel, op welke wijze van welke artikelen van voornoemde wetten en daarop gebaseerde regelgeving ten behoeve van de pilot i-pgb kan worden afgeweken. Ik

[9] Kamerstuk 25 657, nr. 203.

verwacht deze AMvB in het eerste kwartaal van 2016 te kunnen voorhangen bij uw Kamer. Een aantal randvoorwaarden, zoals die met betrekking tot passend onderwijs, vallen buiten de reikwijdte van de AMvB en zullen via convenanten e.d. worden uitgewerkt. De initiatiefnemers koersen op een start van de pilot i-pgb per 1 januari a.s. Vanaf dat moment zullen zij dan de verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van deze pilot voor de deelnemende budgethouders.

In het Algemeen Overleg inzake de voortgang pgb trekkingsrecht van 14 september heb ik naar aanleiding van vragen van mevrouw Dik-Faber (CU) aangegeven te kijken naar de mogelijkheden voor andere gemeenten om zich aan te sluiten bij de pilot. Ik ben – na overleg met Per Saldo en de projectleiders van gemeenten Woerden en Delft – met hen van mening dat we voorzichtig moeten zijn met een eventuele uitbreiding van de pilot wanneer dat de opstart in Delft en Woerden zou kunnen vertragen en het belangrijk is om dit experiment in een afgebakende situatie te laten plaatsvinden. Met het bij AMvB door de verantwoordelijke partijen kunnen afwijken van de vigerende regelgeving komt er immers een belangrijke verantwoordelijkheid voor een adequate uitvoering te liggen bij de initiatiefnemende partijen. Zodra de eerste leereffecten van de pilot bekend zijn zal ik dit delen met gemeenten.
Ten behoeve van geïnteresseerde gemeenten wordt op 23 november bij het congres «Sociaal Domein in Uitvoering» een workshop georganiseerd over de pilot integraal pgb. Hierbij zullen doelen en opzet van het experiment in Woerden en Delft nader worden toegelicht. Het staat gemeenten vervolgens vrij om zelf ideeën te ontwikkelen over vernieuwing van de uitvoering en zich daarvoor zo nodig bij mij te melden.

Financiële tegemoetkoming mantelzorgers

Bij de Algemene politieke beschouwingen heeft uw Kamer de motie Van der Staaij c.s.[10] aanvaard, waarin de regering wordt verzocht om de Kamer voor de behandeling van de VWS-begroting te informeren over de mogelijkheden om mantelzorgers financieel beter tegemoet te komen. In de motie wordt aangegeven dat blijkens onderzoek van Mezzo meer dan de helft van de mantelzorgers volgens het Nationaal Mantelzorgpanel in financieel zwaar weer verkeert of zelfs geld tekort komt als gevolg van hun mantelzorgtaken.

Ik zal de gemeenten op de uitkomsten van het onderzoek van Mezzo wijzen en hen vragen tijdens het onderzoek naar ondersteuning expliciet aandacht te hebben voor eventuele knelpunten in het besteedbaar inkomen van zowel de cliënt en mantelzorger en zo nodig maatregelen te nemen alsmede op de vele instrumenten die hen ter beschikking staan om hierop beleid te voeren. Mezzo geeft aan dat het gemeenten kan adviseren bij het bieden van lokale oplossingen in het wegnemen van (financiële) drempels voor mantelzorgers. Ik ondersteun Mezzo ook in 2016 om gemeenten – en via gemeenten de cliënt en zijn mantelzorger – hierin gericht te ondersteunen.

Ik vind het van groot belang dat er oog is voor de rol van mantelzorgers. Zij vervullen een belangrijke rol in de zorg voor hun naasten en moeten zo goed mogelijk in hun vaak als zwaar ervaren rol worden ondersteund. De afgelopen periode zijn de nodige stappen gezet gericht op de versterking van de positie van de mantelzorger. In de wetgeving is de zorg voor ondersteuning van de mantelzorger en zijn betrokkenheid bij de besluitvorming over zorg en voorzieningen steviger dan voorheen verankerd.

[10] Kamerstuk 34 300, nr. 29.

Samen met Mezzo en andere partijen heb ik met de Toekomstagenda Informele Zorg en Ondersteuning ingezet op versterking van zijn positie. In de voortgangsrapportage van 24 juni 2015 heb ik u over de laatste stand geïnformeerd.[11]

In de motie wordt verwezen naar het onderzoek van Mezzo, waaraan circa 500 mantelzorgers hebben deelgenomen. De kosten die de betreffende mantelzorgers specifiek benoemen zijn o.a. reiskosten, kosten voor vervoer van de zorgvrager, kosten voor wassen en reinigen van wasgoed en kosten voor levensonderhoud van de zorgvrager. Op de vraag «kunt u de totale extra kosten voor het mantelzorgen per maand opbrengen» antwoord 15,85% van de bevraagden: «Nee, ik kom vaak geld tekort». Financiële problematiek kan worden ervaren als last bovenop het werk dat een mantelzorger al moeten verzetten. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek kan evenwel niet worden vastgesteld dat er sprake is van een causale relatie tussen de door respondenten ervaren financiële problematiek en het zijn van mantelzorger. Ik wil hierover graag met Mezzo in gesprek. De financiële positie van de mantelzorger, zowel aan de inkomens- als aan de uitgavenkant, wordt door allerlei factoren bepaald en laat zich soms in belangrijke mate maar soms ook in beperkte mate door de mantelzorger beïnvloeden. Daar waar mantelzorg wordt verricht in de gezinssituatie geldt dat een deel van de benoemde kosten al voor rekening van cliënt en mantelzorger komen. Daar waar mantelzorg plaatsvindt buiten de gezinssituatie, kan sprake zijn van extra kosten voor de mantelzorger.

De vraag om mantelzorg te verlenen overkomt je door een gebeurtenis bij je naaste. Ik vind dan ook dat waar nodig en mogelijk mantelzorgers hierin moeten worden ondersteund.
Gemeenten kunnen op integrale wijze en op maat ondersteuning bieden. Daarbij gaat het niet alleen om hun opdracht in de Wmo 2015, waarvoor gemeenten jaarlijks 100 miljoen ontvangen voor waardering, goede ondersteuning en toerusting van mantelzorgers. Gemeenten hebben de opdracht en ook mogelijkheden om hun ingezetenen (cliënten en hun mantelzorgers) te ondersteunen op het gebied van o.a. werk en inkomen, wonen en vervoer. De gemeente kan er bijvoorbeeld voor kiezen om – gelet op de individuele omstandigheden van het geval – voor bepaalde kosten van de mantelzorger zelf bijzondere bijstand te verlenen. Mantelzorgers met een thuiswonend gehandicapt kind tussen 3 en 18 jaar kunnen in aanmerking komen voor dubbele kinderbijslag. Een aanvulling op de dubbele kinderbijslag is mogelijk wanneer de mantelzorger geen partner heeft of een partner die niet werkt. Daarnaast zijn er zorgverzekeraars die via een aanvullende verzekering kosten van mantelzorgers vergoeden. Daar waar cliënten onvoldoende in staat zijn in hun eigen kosten van levensonderhoud te voorzien, kan in overleg met de gemeente worden bezien in hoeverre de gemeente daarin ondersteuning kan bieden. Zeker voor niet inwonende mantelzorgers kan het niet zo zijn dat deze verantwoordelijk wordt gehouden voor de financiële ondersteuning van de cliënt. Daar waar mantelzorgers deel uitmaken van de leefeenheid kan zo nodig op basis van maatwerk in die situatie worden bezien of (tijdelijke) financiële ondersteuning geboden kan worden.

Ondersteuning van de mantelzorger hoeft niet (rechtstreeks) financieel te zijn, maar kan juist ook bestaan uit het verlichten van zorgtaken, die indirect ook kosten voor de mantelzorger kunnen verlichten. Dat is bijvoorbeeld mogelijk met hulpmiddelen, huishoudelijke hulp, respijtzorg, dagbesteding, (openbaar) vervoer en het betrekken van (zorg)vrijwilligers.

---

[11] Kamerstuk 30 169, nr. 42.

Uit onderzoek in opdracht van de VNG[12] blijkt dat gemeenten op verschillende wijzen ook financiële hulp bieden. Bijvoorbeeld via het PGB voor informele zorg (54%), de toekenning van middelen uit waarderingsgelden (39%) en het bieden van bijzondere bijstand (33%). Enkele gemeenten bieden daarnaast ook kortingen of kostenbesparende voorzieningen aan mantelzorgers, zoals een parkeervergunning of meereismogelijkheden voor het openbaar vervoer.

Ik zal de gemeenten op de uitkomsten van het onderzoek van Mezzo wijzen en hen vragen tijdens het onderzoek naar ondersteuning expliciet aandacht te hebben voor eventuele knelpunten in het besteedbaar inkomen van zowel de cliënt en mantelzorger en zo nodig maatregelen te nemen. Ook zal ik hen wijzen op de vele instrumenten die hen ter beschikking staan om hierop beleid te voeren. Mezzo geeft aan dat het gemeenten kan adviseren bij het bieden van lokale oplossingen in het wegnemen van (financiële) drempels voor mantelzorgers.

Informatie over ALS

De VNG, Stichting ALS en ALS Centrum Nederland hebben afgesproken om gemeenten door informatie op de websites te informeren over de ziekte ALS, als handreiking aan gemeenten. Op de webpagina van VNG wordt tevens aandacht gevraagd voor andere specifieke groepen. Het ALS Centrum Nederland heeft een onderdeel op de website gemaakt, speciaal voor gemeenteambtenaren, waarbij o.a. informatie te vinden is over de ziekte en het ALS-behandelteam. Het ALS Centrum vraagt met name de aandacht voor de progressiviteit van de ziekte en de eventuele knelpunten die zich op basis van deze progressiviteit kunnen voordoen bij het aanvragen van hulpmiddelen en voorzieningen bij gemeenten. https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo 2015/specifieke-doelgroepen-wmo#ALS

Overheveling van woningaanpassingen en hulpmiddelen voor Wlz-gerechtigden

De overheveling van de uitvoering van de Wmo naar de Wlz met betrekking tot woningaanpassingen en hulpmiddelen voor Wlz-gerechtigden is voor onbepaalde tijd uitgesteld omdat de continuïteit van zorg voor de cliënt voor mij voorop staat en d.m.v. uitstel is zeker gesteld. Hierover heb ik u per brief[13] van 23 september jl. geïnformeerd. Ik zal nu een onderzoek starten, waarbij zal worden nagegaan onder welke voorwaarden en op welke termijn overdracht vanuit de Wmo naar de Wlz wel mogelijk is. Dit proces zal in het najaar van 2015 starten. Inzet is om het onderzoek in het voorjaar van 2016 af te ronden.
Bij dit proces zullen alle partijen waaronder de VNG, worden betrokken die ook in de zomer zijn geconsulteerd.
De juridische verankering van genoemd uitstel zal plaatsvinden via een nota van wijziging op het verzamelwetsvoorstel HLZ[14] dat ik in september 2015 heb aangeboden aan uw Kamer.

---

[12] Rapport Onderzoek Mantelzorgbeleid, Radar, juni 2015. Bijlage bij Kamerstuk 30 169, nr. 42.
[13] Kamerstuk 34 104, nr. 73.
[14] Kamerstuk 34 279, nr. 2.

2. Wmo-thema's

Verdiepend onderzoek verdeling middelen beschermd wonen

Aangezien de aanvankelijke verdeling van de middelen voor beschermd wonen onvolkomenheden bevatte, ben ik met de VNG in mei 2015 een herverdeling van de middelen beschermd wonen overeengekomen, gebaseerd op de meest recente bestanden die aan gemeenten zijn overgedragen in het kader van het project Gegevens Overdracht AWBZ-Gemeenten (de zgn. GO-bestanden). Deze verdeling is vervolgens (voor het jaar 2015) gecorrigeerd op basis van een inventarisatie van de door gemeenten aangegane verplichtingen en opgenomen in de meicirculaire van het Gemeentefonds.

Na het verschijnen van de meicirculaire 2015 hebben enkele gemeenten gewezen op fouten die bij de inventarisatie van de verplichtingen zijn gemaakt en nadelig voor hen hebben uitgepakt. Het betreft in totaal € 12,2 miljoen aan problematiek. Het kabinet heeft in het bestuurlijk overleg met de VNG op 8 september jl. toegezegd deze problematiek 2015 op te lossen. Daartoe is in de septembercirculaire 2015 eenmalig het genoemde bedrag toegevoegd aan het Gemeentefonds, waarmee het budget 2015 van zeven gemeenten is verhoogd.

Een aantal gemeenten heeft deze zomer verdiepend onderzoek laten doen naar de gebruikte GO-bestanden en een vergelijking gemaakt met de feitelijke situatie van cliënten die op peildatum 1 januari 2015 in zorg waren op basis van een indicatie voor Beschermd Wonen (een GGZ-C zorgzwaartepakket). De conclusie daaruit is dat de geconstateerde verschillen tussen de GO-bestanden en de feitelijke zorgpraktijk op peildatum 1 januari 2015 zodanig groot zijn, dat een verdeling van het beschikbare budget op basis van GO moet worden afgeraden. In een bestuurlijk overleg dat ik op 8 september jl. met de VNG voerde, is afgesproken dat dit verdiepend onderzoek ook zal worden uitgevoerd in de overige centrumgemeenten. In het algemeen overleg van 9 september jl. heb ik toegezegd u over dit onderzoek te informeren.
Ik heb met de VNG afgesproken dat dit een finaal onderzoek naar de historische verdeling betreft, die voor 1 november 2015 moet zijn afgerond (zodat gemeenten hun inkoop 2016 kunnen afronden). Met de VNG en een werkgroep van enkele centrumgemeenten zijn de uitgangspunten voor dit onderzoek en enkele aannames vastgesteld. Het onderzoek brengt in beeld welke cliënten er daadwerkelijk op 1 januari 2015 met een geldige indicatie GGZ-C in zorg waren (inclusief mensen die een PGB hebben). Door het aantal cliënten te vermenigvuldigen met de gemiddelde kosten per cliënt worden de kosten per gemeente berekend. De optelsom van de berekende PGB-uitgaven en de berekende zorg in natura-uitgaven per centrumgemeente, vormt één gewicht van die centrumgemeente in de alternatieve verdeling van het landelijke budget voor 2016. Het onderzoek bevindt zich op dit moment in de afrondende fase.

Bij de publicatie van de nieuwe verdeling 2016 (gebaseerd op het verdiepend onderzoek die zo spoedig mogelijk volgt) zal door het kabinet ook worden aangegeven op welke wijze de bedragen voor 2016 (en evt. latere jaren) zullen worden herverdeeld teneinde eventuele verdelingsfouten in 2015 te herstellen. Het is mogelijk dat gemeenten die in 2015 een tekort op het budget beschermd wonen hadden (in de zin van: minder dan op grond van de nieuwste verdeelsleutel in de rede lag) daarvoor in 2016 nog worden gecompenseerd, terwijl gemeenten die in 2015 een overschot hadden (in de zin van: meer dan op grond van de verdeelsleutel in de rede

lag) te maken krijgen met een neerwaartse correctie ten opzichte van de uitkomst van het model.

Right to Challenge

Er wordt momenteel door Movisie, Vilans en LSA in overleg met onder andere het Ministerie van BZK en de VNG een handreiking ontwikkeld voor gemeenten en bewonersinitiatieven voor het Right to Challenge. Deze zal in de loop van 2016 beschikbaar komen. De handreiking zal in de loop van 2016 worden aangevuld met kennis en ervaringen die wordt opgedaan in lokale werkateliers. De handreiking zal met name bestaan uit praktische kennis, (lokale) ervaringen en voorbeelden die betrekking hebben op het Right to Challenge.

Het aantal burgerinitiatieven in de langdurige zorg en ondersteuning neemt toe. Er bestaan op dit moment bijvoorbeeld ongeveer 130 zorgcoöperaties die vaak zijn opgericht door burgers en/ of cliënten in een bepaalde gemeente of rondom een specifieke zorgbehoefte
Ik vind het van belang dat burgers zo min mogelijk (onnodige) belemmeringen ervaren wanneer zij zelf initiatieven op het gebeid van zorg en ondersteuning willen opstarten en uitvoeren. Hierbij hebben burgers vooral behoefte aan een (lokale) overheid die ondersteunend en faciliterend is. De mogelijkheid van een AmvB is aan de orde als blijkt dat hoopgevende maatschappelijke initiatieven in hun mogelijkheden worden beperkt door de wetgeving. Ik zie een positieve beweging op lokaal niveau, waar de burger in positie wordt gebracht om aan de voorkant al mee te bepalen, waardoor «challengen» achteraf minder relevant wordt. Bijvoorbeeld in Zaanstad, waar met pilots inwoners in positie worden gebracht de inkoop van zorg en ondersteuning zelf te bepalen. En in Ede waar de inwoners met de gemeente en welzijnsorganisaties het ondersteuningsaanbod voor de buurt bepalen aan de hand van een gebiedsagenda.

Vernieuwende vormen van dagbesteding

Zinvolle dagbesteding kan een belangrijk aspect zijn in het leven van veel mensen die zorg en ondersteuning ontvangen. Door dagbesteding worden mensen met een beperking geactiveerd en gestimuleerd, terwijl het tegelijkertijd voor de mantelzorgers een belangrijke ontlasting kan betekenen.

In het Algemeen Overleg dat ik op 30 april 2015 met uw Kamer voerde, heb ik toegezegd de Kamer te informeren over de stand van zaken ten aanzien van dagbesteding en daarbij in te gaan op vernieuwende vormen, tarieven en varianten[15]. Ik heb Movisie gevraagd een rapportage op te leveren op basis van een inventarisatie naar verschillende vormen van dagbesteding, met daarbij bijzondere aandacht voor vernieuwende vormen en tarieven[16]. De rapportage laat zien dat er vernieuwing in dagbesteding plaatsvindt en dat dit op vele verschillende wijze tot uitdrukking komt. Vaak komt het door een andere organisatie van de dagbesteding of door een combinatie van verschillende vormen van dagbesteding of een combinatie te maken met welzijn.

De rapportage toont dat organisaties die dagbesteding aanbieden op vele verschillende wijze de zorg en ondersteuning georganiseerd hebben, passend bij de lokale situatie waarin zij werkzaam zijn. De inventarisatie laten zien dat partijen met vernieuwende concepten komen die bijdragen

---

[15] Kamerstuk 34 104, nr. 69.
[16] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

aan de belangrijke doelstellingen van de hervorming langdurige zorg, zoals participatie/inclusie, passende voorzieningen, eigen verantwoordelijkheid en samenredzaamheid, en sociale innovatie. De financiering van de dagbesteding is in veel gevallen ook vernieuwend, aansluitend op de wijze waarop de dagbesteding georganiseerd wordt. Ook is op te maken uit de inventarisatie dat veel dagbestedingactiviteiten verschillende financieringsbronnen hebben. De benodigde tarieven verschillen per dagbestedingactiviteit, afhankelijk van de doelgroep en doelstelling van de activiteit. Het is aan gemeenten om dagbestedingactiviteiten zo te financieren dat er goede zorg en ondersteuning geboden kan worden aan mensen die dit nodig hebben.

De inventarisatie laat tevens zien dat projecten uit kunnen met andere tarieven. Ik kan me goed voorstellen dat een aanbieder van dagbesteding of begeleiding het lastig vindt dat een andere manier van organiseren tot andere tarieven leidt. We moeten de vernieuwing echter een kans geven, wat een doorbreking van bestaande patronen betekent. Naar aanleiding van de vragen van mevrouw Dik-Faber (CU) tijdens het AO HLZ van 30 april 2015 heb ik reeds aangegeven met gemeenten om tafel te gaan en te blijven om ervoor te zorgen dat de vernieuwende vormen van dagbesteding en begeleiding gemeengoed worden bij gemeenten. In het kader van het vernieuwingstraject Wmo ben ik met gemeenten in gesprek over de vraag aan welke thema's we een vernieuwingsimpuls willen geven. Vernieuwende vormen van dagbesteding maken daar wat mij betreft deel van uit.

Huishoudelijke hulp toelage (HHT)

De derde kwartaalrapportage van de HHT-monitor (bijlage) geeft aan dat wederom goede vooruitgang is geboekt door gemeenten en aanbieders wat betreft de implementatie van de ingediende plannen[17]. In nagenoeg alle gemeenten (97%) zijn de plannen volledig geïmplementeerd en is de HHT volledig operationeel. Gemiddeld genomen is de HHT nu zes maanden volledig operationeel.

In de HHT-monitor is aan gemeenten en aanbieders gevraagd naar de hoeveelheid verleende hulp en ondersteuning vanuit de HHT. Aanbieders is daarnaast gevraagd naar arbeidsmarktresultaten. Er is ten opzichte van de vorige meting een positieve ontwikkeling te zien in het aantal cliënten/mantelzorgers en in het aantal verleende uren hulp en ondersteuning. Ook het gemiddeld aantal werknemers in dienst bij aanbieders is toegenomen door de HHT-gelden.

Hoewel het gebruik van de HHT een positieve ontwikkeling laat zien, blijkt dat de inschatting van de gemeente in het ingediende HHT-plan in veel gevallen niet gehaald gaat worden. De meeste gemeenten geven aan te verwachten dat niet het volledige HHT-budget van 2015 ook in 2015 benut zal worden. Voor 2016 verwacht de helft van de gemeenten ook niet het volledige budget te besteden. De belangrijkste oorzaak die gemeenten aangeven in de monitor is dat minder mensen er gebruik van maken dan vooraf was ingeschat. Een andere oorzaak – die ook al in de vorige HHT-monitor werd genoemd – is de vertraging in de implementatie. De verwachting dat niet het volledige budget van 2016 zal worden benut wordt mede veroorzaakt doordat het overblijvende budget van 2015 wordt overgeheveld naar 2016.

---

[17] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Een doorrekening in de HHT-monitor – die met een slag om de arm geïnterpreteerd dient te worden – laat zien dat de verwachting is dat de HHT in 2015 voor 5.900 tot 11.000 werknemers in Nederland werkgelegenheid creëert. Dit is een lager aantal dan bij de vorige meting. Dat komt doordat er nu op basis van het aantal verleende uren is gerekend in plaats van op basis van het aantal aangevraagde uren en uit deze kwartaalrapportage blijkt dat niet alle aangevraagde uren ook daadwerkelijk worden omgezet in dienstverlening.

Ik vind het belangrijk dat de mogelijkheden van de HHT optimaal worden benut. Uit de HHT-monitor blijkt dat zowel gemeenten als aanbieders veel acties in gang hebben gezet of in gaan zetten om zoveel mogelijk van de HHT-gelden bij de cliënten en mantelzorgers te krijgen. Ook ik draag hieraan bij door gemeenten, aanbieders en cliëntenorganisaties te ondersteunen bij het onder de aandacht brengen van de HHT bij cliënten. Gemeenten die in 2015 HHT-middelen overhouden, kunnen deze overhevelen naar 2016. Verder heb ik onlangs besloten om ook voor 2016 de maximale bijdrage vanuit de HHT-middelen te verhogen van € 12,50 naar € 17,50. Dit was een nadrukkelijk wens van gemeenten. Ik ga er vanuit dat dit alles ertoe zal leiden dat de mogelijkheden van de HHT nog beter zullen worden benut. Waar nodig zal ik – in overleg met betrokken partijen – bezien of extra actie nodig is.

3. Wlz-thema's

Aanpassing maximale omvang logeeropvang in Wlz

Cliëntorganisaties en VGN hebben aandacht gevraagd voor de omvang van logeeropvang in de Wlz.
Waar logeeropvang wordt ingezet, ligt het zwaartepunt op thuis wonen, waarbij de zorg aan de cliënt primair door de eigen omgeving wordt geboden in een voor cliënt veilige woon- en leefomgeving. Van logeeropvang maken vooral minderjarige en jongvolwassen Wlz-cliënten gebruik die thuis opgroeien in een gezin. In die situaties wordt logeeropvang ingezet met als doel ontlasting van één of meerdere mantelzorgers. Cliëntorganisaties en VGN hebben erop gewezen dat de maximumomvang van logeeropvang (104 etmalen) beduidend lager is dan de drie etmalen per week (maximaal 156 etmalen per jaar) die tot 1 januari 2015 mogelijk waren bij de aanspraak kortdurend verblijf in de AWBZ. Omdat ik het belangrijk vind dat kinderen met een Wlz-indicatie thuis kunnen blijven opgroeien heb ik besloten het Besluit langdurige zorg hierop aan te passen. Met de aanpassing naar 156 etmalen wordt weer aangesloten bij het maximum van 156 etmalen (52 weken maal drie dagen) dat tot 1 januari 2015 onder de AWBZ mogelijk was. Budgethouders zijn inmiddels over deze aanpassing geïnformeerd via het informatiebulletin PGB Wlz van het Zorginstituut en de VGN heeft hierover een factsheet gemaakt voor aanbieders en cliënten.

Budgethouders Wlz tijdig geïnformeerd over jaarovergang

Ten aanzien van de Wlz heb ik in september de noodzakelijke besluiten genomen waardoor Wlz-budgethouders begin oktober – conform afspraak in de stuurgroep Trekkingsrecht – worden geïnformeerd over de wijzigingen die van belang kunnen zijn voor hun toekenningsbeschikking en zorgovereenkomsten 2016. De wijzigingen per 1 januari 2016 zijn zeer beperkt en zijn aan budgethouders bekendgemaakt via het Informatiebulletin van het Zorginstituut. Belangrijke informatie in het bulletin betreft het indexeren van de hoogte van het PGB Wlz met 0,42%. Dit percentage is afgeleid van het gemiddelde waarmee de naturazorg-tarieven en de modulair pakket thuis (MPT)-tarieven voor 2016 zijn geïndexeerd.

Daarnaast zijn budgethouders met het Informatiebulletin geïnformeerd over mijn besluit om het maximum aantal dagen dat met het PGB aan Logeeropvang mag worden ingekocht, conform naturazorg, van 104 naar 156 dagen te verhogen. Met deze bekendmaking loop ik vooruit op de formalisering ervan door een aanpassing van het Besluit langdurige zorg, waardoor budgethouders hier alvast rekening mee kunnen houden wanneer zij afspraken met hun aanbieder van Logeeropvang maken voor 2016. De informatie uit het Informatiebulletin is sinds 1 oktober op diverse websites geplaatst, waaronder die van het Zorginstituut. Daarnaast heeft elke budgethouder het Informatiebulletin van het zorgkantoor thuisgestuurd gekregen.

Vernieuwingsagenda Wlz

Tijdens onder meer de parlementaire behandeling van de Wlz heb ik aangegeven dat verdere uitwerking van zorgverbetering, -innovatie en vernieuwing op de werkvloer en in beleid vormgegeven moet worden. Gesteund door een breed aangenomen motie van de leden Otwin van Dijk en Van 't Wout[18] heb ik toegezegd daarvoor een zorgvernieuwingsagenda te presenteren.

Om hieraan invulling te geven, ben ik met het veld in gesprek. Het aantal en de complexiteit van de onderwerpen waarop u mij in de motie heeft gevraagd in te gaan is groot. Tijdens het AO decentralisaties van 9 september heb ik u aangegeven dat ik voldoende tijd wil nemen om met veldpartijen over al deze onderwerpen te spreken. Het is immers belangrijk dat de vernieuwingsagenda aansluit bij de behoeften die spelen in de praktijk. De gesprekken met veldpartijen verwacht ik in november af te ronden. Daarna zal ik u de vernieuwingsagenda zo spoedig mogelijk toe sturen. Bij de vernieuwingsagenda voeg ik tevens het, bij de parlementaire behandeling van de Wlz, op 10 september 2014, aan uw Kamer toegezegde, overzicht van wat er de afgelopen vijf jaar is gedaan c.q. nog loopt op het terrein van de langdurige zorg met initiatieven, experimenten, agenda's etc. (o.a. «In voor zorg!») en wat daarvan is geleerd.

Kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg

Bij gelegenheid van het Algemeen Overleg met uw Kamer op 8 april jongstleden over kwaliteit van de gehandicaptenzorg heb ik u een plan van aanpak toegezegd (Handelingen II 2014/15, nr. 73, item 9).

Ik ben in overleg gegaan met cliënten, professionals, aanbieders, Ieder(in), VGN, IGZ, en alle koepelorganisaties: de afgelopen maanden is er met zo'n 220 mensen gesproken om de thema's te verdiepen die zich lenen voor (door)ontwikkeling van kwaliteit. Op 6 oktober 2015 heeft een bijeenkomst plaatsgevonden waar met alle betrokkenen de bevindingen zijn besproken en een start is gemaakt met het concretiseren van de benodigde acties. Er is, ook in de beleving van Ieder(in) en VGN, meer tijd nodig om een relevante en evenwichtig samengestelde kwaliteitsagenda op te stellen. Streven is om u aan het begin van 2016 de brief en de kwaliteitsagenda voor de gehandicaptenzorg toe te kunnen sturen.

[18] Kamerstuk 33 891, nr. 106.

Eerstelijns verblijf

Ophoging kader eerstelijns verblijf

In mijn brief van 17 juni 2015[19] heb ik aangegeven dat ik de financiering van eerstelijns verblijf in 2016 voortzet in de subsidieregeling vooruitlopend op onderbrenging in de Zvw in 2017. In mijn brief van 3 september 2015 heb ik mijn besluit toegelicht om in 2015 € 67 miljoen extra middelen ter beschikking te stellen aan Wlz-uitvoerders voor eerstelijns verblijf. Daarbij was mijn inzet te voorkomen dat er wachtlijsten voor deze medisch noodzakelijke kortdurende opnames zouden gaan ontstaan. Ik heb toegezegd de verhoging van het subsidiekader te analyseren en met partijen te spreken over vervolgstappen gericht op budgettaire beheersbaarheid van het kader voor eerstelijns verblijf in 2016. In deze brief informeer ik u ook over de voortgang van het onder de Zvw brengen van deze zorg.

Analyse verhoging subsidiekader eerstelijns verblijf 2015

Het subsidiekader eerstelijns verblijf is in de zomer van 2015 op basis van actuele declaratiegegevens en prognoses van Wlz-uitvoerders opgehoogd van € 96 miljoen naar € 163 miljoen. Bij de analyse van de verhoging is gekeken naar de raming van VWS, naar actuele declaratiegegevens van het Zorginstituut en naar de bijgevoegde CIZ-rapportage «Eerstelijns verblijf: gebruik subsidieregeling januari–mei 2015»[20].

Vanaf 2015 is er voor het eerst sprake van een gemeenschappelijke taal in de indicatiestelling en bekostiging van eerstelijns verblijf. Deze gemeenschappelijke taal bestaat uit drie prestaties, namelijk eerstelijns verblijf basis, eerstelijns verblijf intensief en eerstelijns verblijf palliatief terminaal. Tot 2015 werd voor deze kortdurende zorg de systematiek van zorgzwaartepakketten voor langdurige zorg gebruikt, namelijk ZZP VV3 t/m ZZP VV8 en ZZP VV10. Door het ontbreken van een gemeenschappelijke «indicatie-» en «bekostigingstaal» tot 2015 zijn bij het maken van de raming voor het subsidiekader eerstelijns verblijf 2015 noodzakelijkerwijs veel veronderstellingen gemaakt.

Bij de raming is (m.u.v. de patiënten i.v.m. een palliatieve opname) gekeken naar patiënten die na een opname weer naar huis zijn teruggekeerd. In deze raming is geen rekening gehouden met de patiënten die vanuit eerstelijns verblijf zijn doorgestroomd naar langdurig verblijf in de Wlz. De veronderstelling bij het maken van de raming was dat er bij aanvang van de verblijfszorg (Wlz of eerstelijns verblijf) duidelijkheid is of de verblijfzorg blijvend is of niet. Zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders geven echter aan dat een opname in eerstelijns verblijf regelmatig leidt tot definitieve opname in de Wlz. Aanbieders en Wlz-uitvoerders geven ook aan dat eerstelijns verblijf wordt aangevraagd in afwachting van een eventuele Wlz-indicatie als er nog enige onduidelijkheid is over de blijvendheid van de Wlz-zorgvraag. Eerstelijns verblijf heeft dan mogelijk een voorportaalfunctie voor de Wlz. Met deze gedragseffecten was bij de initiële raming van het subsidiekader voor eerstelijns verblijf van € 96 miljoen geen rekening gehouden.

Uit de meegezonden CIZ-rapportage volgt dat in 2015 naar verwachting 25.000 indicaties worden afgegeven voor eerstelijns verblijf. Dat aantal wijkt niet substantieel af van het totale aantal, dat het CIZ voor een kortdurende opname in een verpleeg- of verzorgingshuis heeft afgegeven.

---

[19] Kamerstuk 34 104, nr. 60.
[20] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Het CIZ heeft daarbij ook rekening gehouden met kortdurende opnames met doorstroom naar een permanente opname. Op basis van de CIZ-rapportage kan zeker geen conclusie worden getrokken dat er in 2015 t.o.v. 2014 veel meer patiënten gebruik maken van een kortdurende opnames in een verpleeg- of verzorgingshuis. Belangrijkste conclusie is dat er meer inzicht nodig is in de stromen van patiënten die gebruik maken van eerstelijns verblijf.

Vervolgstappen in overgangsjaar 2016

In het voorjaar van 2015 is besloten om de subsidieregeling eerstelijns verblijf ook in 2016 nog één jaar voort te zetten. Het subsidiekader in 2016 bedraagt € 180 miljoen euro. Ik ben in gesprek gegaan met partijen over vervolgstappen om meer inzicht te krijgen in eerstelijns verblijf, om partijen voor te bereiden op de overheveling van eerstelijns verblijf naar de Zvw en om het subsidiekader voor 2016 beheersbaar te houden. Ik heb daarover gesproken met Actiz, Wlz-uitvoerders, Zorginstituut en CIZ. De belangrijkste vervolgstappen die ik voor 2016 zet, zijn het starten van een monitor eerstelijns verblijf en het verder vereenvoudigen van de tariefstructuur. Daarnaast onderzoek ik met het CIZ het vanaf 1 januari 2016 introduceren van een steekproefsgewijze toetsing bij de indicatiestelling voor eerstelijns verblijf.

Monitor eerstelijns verblijf

Het is noodzakelijk dat er meer inzicht komt in de stromen van patiënten die gebruik maken van het eerstelijns verblijf. Eerder heb ik aangegeven dat eerstelijns verblijf onnodige ziekenhuisopnames voorkomt, een goede doorstroom uit het ziekenhuis bevordert en mensen in staat stelt langer thuis te wonen. Er is meer inzicht nodig in de herkomst van patiëntstromen, de vervolgzorg na een opname in het eerstelijns verblijf, in ligduur en in praktijkvariatie. De CIZ-rapportage geeft eerste inzichten in de *herkomst* van patiënten[21]. Ruim 48% van de aanvragen voor eerstelijns verblijf zijn rechtstreeks afkomstig uit het ziekenhuis. In 2016 wil ik meer inzicht krijgen in de aanvraagstroom vanuit aanbieders, bijvoorbeeld of hier sprake is van aanvragen vanuit de huisarts, vanuit de wijkverpleging of namens het ziekenhuis. Inzicht in de *vervolgzorg* na eerstelijns verblijf ontbreekt nu. Samen met partijen wil ik inzicht krijgen in doorstroom vanuit eerstelijns verblijf naar langdurig verblijf in de Wlz. Uit de rapportage van het CIZ over eerstelijns verblijf volgt dat er sprake is van praktijkvariatie tussen regio's en tussen aanvraagstromen vanuit het ziekenhuis en vanuit de aanbieders. Ik wil meer inzicht in deze praktijkvariatie evenals over ligduur binnen eerstelijns verblijf. Met partijen ga ik afspraken maken over een monitor voor eerstelijns verblijf.

Vereenvoudiging tariefstructuur

In 2016 ga ik de tariefstructuur rond eerstelijns verblijf verder vereenvoudigen. In 2015 zijn er drie prestaties met in totaal zes tariefvarianten. Voor elk van de prestaties eerstelijns verblijf basis, eerstelijns verblijf intensief en eerstelijns verblijf palliatief terminaal zijn er twee tariefvarianten. Hiermee is in 2015 een aanzienlijk vereenvoudiging bewerkstelligd ten opzichte van het aantal prestaties (zeven) en tarieven (veertien) die tot en met 2014 werden gebruikt. In 2016 ga ik de tariefstructuur verder vereenvoudigen met voor elk van de drie prestaties slechts één tarief.

---

[21] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Steeksproefsgewijze toetsing CIZ

Voor 2015 is met het CIZ afgesproken dat het CIZ deze indicatiestelling uitvoert zonder een onafhankelijke inhoudelijke toegangsbeoordeling. Met het oog op de onderbrenging in de Zvw is de rol van het CIZ bij eerstelijns verblijf immers een tijdelijke. Om meer inzicht op te doen over de praktijkvariatie binnen eerstelijns verblijf en om leereffecten te realiseren bij aanbieders en Wlz-uitvoerders onderzoek ik de mogelijkheid dat het CIZ aanvragen voor eerstelijns verblijf vanaf 1 januari 2016 steekproefsgewijs gaat toetsen nadat het besluit gegeven is. De beoogde inrichting van de toetsing is vergelijkbaar met de werkwijze bij het experiment regelarme instellingen en de werkwijze met standaard indicatieprotocollen. De indicatiebesluiten worden dan conform de huidige werkwijze afgegeven. Met deze beoogde steekproefsgewijze toetsing wordt meer inzicht in de leereffecten bereikt bij de aanvragers, waardoor het onderscheid tussen de eerstelijns verblijfsprestaties scherper wordt. De resultaten van de toetsing worden verstrekt aan de Wlz-uitvoerder en zorgaanbieder.
Omdat het subsidiekader 2016 van € 180 miljoen is gebaseerd op daadwerkelijk gebruik van eerstelijns verblijf in 2015 is er op dit moment geen reden aan te nemen dat het subsidiekader in het overgangsjaar 2016 ontoereikend zou zijn. Ik heb een aantal vervolgstappen beschreven die ik per 2016 wil gaan zetten. Als er in 2016 desondanks toch sprake is van een ontoereikend subsidieplafond eerstelijns verblijf 2016 zal ik onder meer naar de herverdeelmiddelen Wlz 2016 gaan kijken voor dekking van eventuele tekorten.

Stand van zaken positionering eerstelijns verblijf in Zvw

In mijn eerder genoemde brief van 17 juni heb ik aangegeven het advies van de NZa op te volgen door de subsidieregeling onder de Wlz in 2016 voort te zetten met oog op overheveling van eerstelijns verblijf naar de Zvw per 2017. De NZa stelt met ingang van 2017 bekostigingsvariant 1 uit het consultatiedocument voor als minimale variant. Wanneer blijkt dat specifieke doelgroepen gebruik maken van het eerstelijns verblijf die baat hebben bij een integraal aanbod van zorg, kan deze bekostigingsvariant goed verder worden ontwikkeld. Ik heb de NZa gevraagd hier een doorontwikkelagenda voor op te stellen. Zoals in mijn brief toegelicht zetten alle partijen in op een gedegen overheveling van het eerstelijns verblijf naar de Zvw per 2017. In aanloop naar 2017 heb ik afspraken gemaakt over de te volgen stappen; in november stelt Verenso in overleg met de betrokken beroepsgroepen een verwijsinstrument vast, eind 2015 stelt het Zorginstituut de duiding vast en de NZa stelt voor 1 juli 2016, met de informatie uit het verwijsinstrument en de duiding, prestaties en tarieven vast voor 2017.

Maatwerk voor persoonlijke assistentie

Op 1 september heb ik antwoord gegeven op de vragen van het Kamerlid Van Dijk (PvdA) over het persoonlijk assistentiebudget in de Wlz[22]. Eén van de vragen betrof de mogelijkheid om meer maatwerk toe te passen bij het bedrag dat het zorgkantoor vaststelt indien de aanvrager samenwoont met een echtgenoot. Het kan voorkomen dat de partner met de cliënt samenwoont maar beperkt in staat is het toezicht over te nemen. Het is van belang dat het toezicht te allen tijde kan worden geborgd. De vraag die daarom aan zorgkantoren is gesteld is of zij tot een individuele beoordeling zouden kunnen komen van de omvang van het toezicht dat redelijkerwijs onbezoldigd van de partner kan worden gevraagd. In

[22] Aanhangsel Handelingen II 2014/15, nr. 3268.

antwoord hierop geven zorgkantoren aan dat zij op dit moment de huidige regeling toepassen zoals deze is vastgesteld. Deze biedt geen ruimte om af te wijken van de in de regeling genoemde bedragen. Wel is het mogelijk om, zodra de regeling daarvoor ruimte geeft, tot een beoordeling te komen op basis van nader op te stellen objectiveerbare criteria. Het voornemen is om gezamenlijk met de patiënten en cliëntenorganisaties hiervoor op korte termijn een voorstel te doen. Dit voorstel zal ik betrekken bij het opstellen van de regelgeving voor het jaar 2016.

Indicaties Wlz

Het CIZ heeft recentelijk gerapporteerd over de indicatiestelling voor Wlz-zorg in het eerste halfjaar van 2015. Bijgaand treft u de rapportage van het CIZ aan[23].

In het eerste halfjaar heeft het CIZ bijna 36.000 reguliere Wlz-besluiten genomen. Daarvan hebben 33.000 besluiten geleid tot een gewijzigde of eerste aanspraak op zorg. De resterende 3.000 besluiten hebben niet geleid tot aanspraak op Wlz-zorg. Dit is verhoudingsgewijs meer dan voorheen: onder de AWBZ werd immers niet getoetst of de zorgvraag een blijvend karakter heeft. Ook kon het CIZ extramurale zorg indiceren als cliënten niet waren aangewezen op een hoog of laag zorgzwaartepakket. Naast de reguliere Wlz-besluiten heeft het CIZ 14.000 besluiten genomen in het kader van de subsidieregelingen (ADL-assistentie, eerstelijns verblijf, en extramurale

behandeling). In de rapportage van het CIZ zijn de herindicaties van de groep Wlz-indiceerbaren, de BUK (Besluit uitvoering kinderbijslag), en de ambtshalve herindicaties buiten beschouwing gebleven.

De rapportage laat zien dat in de eerste maanden van 2015 het CIZ minder Wlz-indicaties heeft afgegeven dan in het tweede kwartaal. De reden daarvan is dat eerst nog de nodige aanvragen voor de AWBZ zijn afgehandeld. Tot en met 31 december 2014 konden bij het CIZ immers nog AWBZ-aanvragen worden ingediend. In het overgrote deel van de gevallen heeft het CIZ binnen een termijn van 6 weken een besluit kunnen nemen. In 4% van de gevallen heeft dat langer geduurd.

Hoofdstuk 5 van de rapportage geeft weer hoe vaak cliënten in bezwaar zijn gegaan tegen een besluit van het CIZ. Het gaat om 375 gevallen waarover nog geen beslissing is genomen. Van de zaken waar in de eerste twee kwartalen al wel een beslissing is genomen zijn 35 zaken gegrond en 26 zaken niet gegrond gebleken. Het CIZ wil strikt de hand houden aan de wettelijk toegestane termijnen, maar zij zijn gehouden het Zorginstituut een advies te vragen als zij negatief willen gaan besluiten. In die gevallen kan het Zorginstituut een toegestane maximale termijn van 10 weken hanteren.

Cliënten met overgangsrecht Wlz

Een aantal cliënten maakt op grond van een AWBZ-indicatie zoals die geldig was op 31 december 2014, nog tot 1 januari 2016 gebruik van zorg uit de Wlz. Het gaat hier om de cliënten met een laag ZZP en de Wlz-indiceerbaren.

---

[23] Rtk.

Cliënten met laag ZZP

Op 1 juni 2015 zijn er ruim 33.000 cliënten in de Wlz met een laag ZZP. Daarvan zijn er 20.000 opgenomen in de instelling of in zorg op basis van een volledig pakket thuis (VPT). Zij behouden aanspraak op Wlz-zorg zolang zij zijn opgenomen. Dat geldt ook voor cliënten die op 31 december 2014 woonachtig waren in een PGB-gefinancierd wooniniatief. Op 15 september jl. heeft u een wijzigingsvoorstel ontvangen op grond waarvan bij algemene maatregel van bestuur geregeld kan worden dat dit het geval is, mits het kleinschalig wooninitiatief blijft voldoen aan deze voorwaarden[24]. Voor cliënten die zorg ontvangen op basis van VPT heb ik u over mijn voornemens geïnformeerd per brief van 13 juli jl.[25] De overige cliënten die thuis wonen met functies en klassen en/of PGB maken een keuze voor het gebruik van hun verblijfsindicatie via opname in de Wlz-instelling dan wel behoud van extramurale zorg en/of PGB.
Het Zorginstituut rapporteert maandelijks over het aantal cliënten waar het om gaat. Ongeveer 5.500 cliënten die nu in zorg zijn zullen voor 1 november 2015 hun keuze nog moeten gaan maken. Op basis van de inzichten van de zorgkantoren kiest minder dan 10% van de cliënten voor opname en ruim 90% voor behoud van de extramurale zorg en/of PGB. In dat laatste geval draagt het zorgkantoor de cliënten over. Indien de gemeente delen van de zorg gaat overnemen, maakt het zorgkantoor de cliënt bekend bij de gemeente. Indien men een PGB heeft voor verpleging of persoonlijke verzorging wordt contact opgenomen met de verzekeraar. Heeft de cliënt verpleging of persoonlijke verzorging in natura, dan zorgt de wijkverpleegkundige van de thuiszorginstelling voor de overdracht. Het proces van overdracht ga ik de komende periode nauwlettend volgen.

Overgangsrecht Wlz-indiceerbaren

In de tweede voortgangsrapportage heb ik aangegeven dat ik voornemens was het overgangsrecht voor Wlz-indiceerbaren te verlengen tot 1 januari 2017. Het gaat om de ca. 13.000 met een extramurale AWBZ-indicatie die hebben gekozen voor het Wlz-overgangsrecht. Inmiddels is in de Regeling langdurige zorg opgenomen dat het overgangsrecht voor deze cliënten zal gelden tot 1 januari 2017. Het CIZ heeft hieraan uitvoering gegeven.

Het CIZ heeft de afgelopen maanden als eerste fase van het herindicatie-traject de motie Siderius[26] uitgevoerd. De kinderen die in aanmerking komen voor een hogere indicatie voor verpleging en/of persoonlijke verzorging hebben inmiddels een herindicatie ontvangen die geldig is van 1 september 2015 tot 1 januari 2017. De overige Wlz-indiceerbaren hebben in oktober 2015 een besluit ontvangen dat geldig is tot 1 januari 2017. Het gaat om een indicatie in termen van functies en klassen die op de einddatum na identiek is aan het vorige besluit. Bij alle besluiten heeft het CIZ een folder toegevoegd met informatie over het vervolgtraject.

In de laatste week van oktober zal het CIZ starten met het herbeoordelen van de Wlz-indiceerbaren. De toegang tot de Wlz is voor onbepaalde tijd. Daarom is het van belang dat het CIZ de cliënten beoordeelt op basis van recente inzichten. Het is daarom onvermijdelijk dat het CIZ cliënten en indicatiestellers vraagt om de relevante gegevens te verzamelen voor zover deze nog niet in het dossier zijn opgenomen. Indien het CIZ constateert dat men voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz zal met een Wlz-indicatie krijgen in termen van een zorgprofiel. De indicatie in termen van een profiel zal ingaan per 1 januari 2017. Het CIZ zal het

[24] Kamerstuk 34 279, nr. 1 t/m 4.
[25] Kamerstuk 31 765, nr. 159.
[26] Kamerstuk 31 497, nr. 152.

herindicatietraject uiterlijk afronden in juli 2016. Alle cliënten zullen dus tijdig weten of zij per 1 januari 2017 nog Wlz-zorg kunnen blijven ontvangen.

Vermoedelijk zal het grootste deel van de Wlz-indiceerbaren voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. Zij houden dan dus aanspraak op zorg vanuit de Wlz. Zij kunnen in de Wlz er ook voor kiezen de zorg thuis te blijven ontvangen. Het zorgkantoor beoordeelt deze aanvragen. In veel gevallen kan de zorg die cliënten nu ontvangen worden geleverd op grond van het geïndiceerde Wlz-profiel of binnen de zorgomvang die zorgkantoren kunnen toekennen op basis van de huidige regels voor extra kosten thuis (EKT). In die gevallen krijgt de cliënt een beschikking voor toekenning voor het modulair pakket thuis (MPT) en/of pgb. In bijzondere gevallen, als er veel meer zorg nodig is, kan het zorgkantoor de meerzorgregeling toepassen. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvragen en actuele zorgplannen inhoudelijk en beziet wat in de specifieke situatie noodzakelijk is. Bij de meest complexe zorgvragen adviseert het Centrum voor consultatie en expertise (CCE). Met de zorgkantoren wordt thans een passend proces ontworpen voor de zorgvuldig afwikkeling van de aanvragen voor zorg thuis van Wlz-indiceerbaren. Hierover zal vanzelfsprekend goed overleg plaatsvinden met betrokken partijen. Leidend daarbij is de wens van de cliënt om passende zorg thuis te blijven ontvangen. Zoals ik in de vorige voortgangsrapportage al heb aangegeven, wil ik goed inzicht hebben in de specifieke omstandigheden van deze cliënten en bezien of de huidige meerzorgregeling en de bijbehorende procedures rond aanvraag en advies nog aanpassing verdienen.

Als cliënten (nog) niet voldoen aan de toegangscriteria voor Wlz-zorg zullen zij – ervan uitgaande dat hun situatie tussentijds niet is veranderd – per 1 januari 2017 «warm» worden overgedragen aan het juiste domein. Indien de zorgvraag in de tussentijd wel wijzigt, kan men het CIZ altijd vragen om een nieuwe beoordeling. Het gaat om een kwetsbare groep cliënten. Daarom is van belang dat de overgang naar het juiste domein goed wordt voorbereid. Hierbij kunnen we lering trekken uit de overdracht van cliënten met een laag zzp.

Het is belangrijk dat cliënten tijdig concrete antwoorden kunnen krijgen op vragen over de gevolgen van hun nieuwe indicatie. Met de ketenpartners en cliëntorganisaties wordt nauw samengewerkt om hierover zo duidelijk mogelijk te zijn. De komende tijd kan de groep Wlz-indiceerbare cliënten daarom net als vorig jaar met vragen terecht bij hun zorgaanbieder, het zorgkantoor en het informatiepunt van Per Saldo en Ieder(in) op www.juisteloket.nl.

Inkopen voor ZZP's

De zorgkantoren kopen de Wlz-zorg in voor clienten met een Wlz-indicatie. Volgens een opgave van het Zorginstituut hebben op 1 juni 2015 ongeveer 285.000 cliënten aanspraak op Wlz-zorg op basis van een ZZP-indicatie of een zorgprofiel. Ook de cliënten die in aanmerking komen voor eerstelijns verblijf zijn in dit aantal opgenomen. Ruim 70% van de geïndiceerde cliënten is op het peilmoment opgenomen in de zorginstelling. Ruim 4% heeft gekozen voor PGB als enige leveringsvorm. Circa 2% van de cliënten is in zorg op basis van het VPT. De overige cliënten hebben thuiszorg (MPT), mogelijk aangevuld met PGB of zijn niet in zorg.

4. Zvw-thema's

Raming wijkverpleegkundigen

Met de transitie in de extramurale verpleging en verzorging en de veranderde rol en positie van de wijkverpleegkundige, dient zich de vraag aan of er nu en straks voldoende wijkverpleegkundigen zijn. In dat kader is samen met betrokken veldpartijen een onderzoek uitgezet naar de vraag en het aanbod van wijkverpleegkundigen 2015–2019. Uit deze raming blijkt dat er op dit moment circa 8.800 werkzame wijkverpleegkundigen zijn in Nederland. Daarnaast is er in 2015 een tekort van 350 (4%). In 2016 dreigt dit tekort verder te stijgen, ondanks instroom vanuit het onderwijs, naar ongeveer 1.000 wijkverpleegkundigen. Duidelijk is dat de dreigende tekorten aan wijkverpleegkundigen in de periode tot 2019 zich blijven voordoen.

Er lopen op dit moment verschillende trajecten om de dreigende tekorten aan wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk te beperken. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt primair bij de veldpartijen en daar gebeurt ook al veel. Er worden al veel hbo-verpleegkundigen opgeleid, ongeveer 16% hiervan maakt een keuze voor de thuiszorg. Dit aantal zal naar verwachting de komende jaren stijgen naar 25%. Daartoe wordt gewerkt aan het stimuleren van de keuze voor wijkverpleging in de opleiding en door het imago van de wijkverpleging te verbeteren (o.m. potentiële en beginnende hbo-verpleegkundigen beter informeren, snuffelstages, wijkverpleegkundigen presentaties laten geven op hogescholen). Vanuit Actiz en V&VN is tevens in het voorjaar van 2015 de campagne «Daar zit meer achter» gestart om hbo-opgeleide verpleegkundigen te interesseren voor de ouderenzorg en de wijkverpleging. Verder wordt op dit moment 9% van de mbo-verpleegkundigen opgeschoold tot hbo-verpleegkundige. Ook financiert het ZonMw programma «Zichtbare schakel» activiteiten die gericht zijn op het vergroten van het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen met passende competenties voor het «nieuwe werken» in de wijk. Daarnaast vindt een quick scan plaats waarin de behoefte aan deskundigheidsbevordering van verzorgenden in de wijk wordt verkend. De onderzoekers bevelen verder aan:
- in te zetten op innovatie, anders werken en een doelmatiger werkverdeling;
- de overgangsperiode te verlengen waarin indiceren ook door mbo'ers gedaan wordt.

Al deze trajecten moeten er toe leiden dat de dreigende tekorten aan wijkverpleegkundigen beperkt worden. Ik hou de vinger aan de pols samen met betrokken veldpartijen.

De raming van wijkverpleegkundigen bouwt voort op de toekomstverkenning voor al het verplegend, verzorgend en sociaalagogisch personeel, welke in het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn is opgesteld. Deze verkenning is ook onlangs verschenen en heb ik derhalve bijgevoegd[27]. Het wordt als input voor het integrerend rapport gebruikt, dat volgend voorjaar beschikbaar komt. Dan kom ik met een integrale reactie op zowel de toekomstverkenning als het integrerend rapport.

[27] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.